



TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO TERAPIA INFILTRATIVA	C.I.-ORT. 66	1 STESURA	1

DATA DI EMISSIONE	RESPONSABILE REDAZIONE	RESPONSABILE CONVALIDA	ORGANO DI APPROVAZIONE
29/08/2022	RESP. U.O. ORTOPEDIA	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA

Del Sig./ra : _____

Nato/a il: _____

Mi è stato proposto dal Dott: _____

PROCEDURA TERAPEUTICA:

TERAPIA INFILTRATIVA

DIAGNOSI: _____

INFORMATIVA : TERAPIA INFILTRATIVA

Gentile Signora/Egregio Signore,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che le è stato proposto.

Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso e articolato colloquio informativo con il medico.

La procedura terapeutica consigliata di **TERAPIA INFILTRATIVA** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata.

È importante che riferisca al medico i farmaci assunti, con particolare riferimento agli anticoagulanti orali, e che si attenga alle indicazioni ricevute su eventuali sospensioni o modifiche della terapia.

- **Motivazioni cliniche per cui si propone l'infiltrazione**

Le principali indicazioni comprendono sia processi infiammatori acuti articolari, sia la patologia artrosica degenerativa ed i processi infiammatori acuti/cronici dei tessuti molli. Le principali patologie trattate con l'infiltrazione sono : l'artrosi , l'artrite reumatoide, le tendiniti , le borsiti , le fasciti le fibromiositi , la sindrome radicolare .

- **In cosa consiste l'infiltrazione**

L'intervento consiste previa accurata preparazione della cute, nella somministrazione mediante introduzione di ago fino alle sedi anatomiche interessate, di sostanza terapeutiche quai : corticosteroidi , corticosteroidi con anestetico locale , acido ialuronico , PRP (plasma arricchito in piastrine) . Talora può essere preceduta dall'aspirazione (artrocentesi) di liquidi contenuti nell'articolazione.

L'infiltrazione può essere effettuata anche con l'aiuto di un ecografo (eco-assistita) o sotto la guida dello stesso (ecoguidata) , in modo da permettere una visualizzazione diretta del percorso dell'ago nei tessuti molli e del suo corretto posizionamento , oppure mediante l'ausilio di apparecchiature radiologiche sotto controllo scopico o sotto controllo TC ; ciò è particolarmente utile in alcune sedi profonde , difficili da individuare a mano libera.

- **Benefici attesi**

I benefici attesi sono variabili in relazione alla diversità delle sostanze terapeutiche utilizzate ed alle finalità del trattamento effettuato. Nella maggior parte dei casi si ottiene un miglioramento della sintomatologia dolorosa e della limitazione articolare per un periodo di tempo variabile da caso a caso. In alcuni pazienti questo obiettivo può non essere conseguito, con persistenza dei sintomi .

Il risultato funzionale definitivo è correlato anche ad una corretta gestione clinica del periodo successivo alla procedura.

- **Conseguenza nel caso non venga eseguita l'infiltrazione proposta**

La sintomatologia della patologia dalla quale Lei è affetto in assenza di trattamento infiltrativo ha una maggiore probabilità di persistere .

- **Alternative al trattamento proposto**

Trattamento fisioterapico, terapia farmacologica , o intervento chirurgico qualora indicato .

La possibile indicazione a tali trattamenti alternativi deve essere valutata con l'ortopedico di riferimento.

- **Possibili complicanze della infiltrazione**

Durante e dopo la procedura infiltrativa si possono manifestare le seguenti complicanze :

- Dolore e risposta infiammatoria locale transitoria;
- Atrofia curante/tissutale , depigmentazione della cute anche a distanza di mesi, l'oponecrosi , necrosi cutanea
- Flushing
- Ipotensione-bradicardia
- Reazioni vagali
- Reazioni allergiche
- Ematomi/ecchimosi ,emartro
- Lesioni vascolari / nervose
- Rotture tendinee e legamentose
- Infezioni locali come l'artrite settica e sistemiche con possibile danno tissutale, articolare e talvolta osseo (osteomielite) , con necessità di trattamento antibiotico prolungato ed eventuale trattamento chirurgico
- Rottura dell'ago nel consenso dei tessuti con necessità di rimozione chirurgica.



TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO TERAPIA INFILTRATIVA	C.I.-ORT. 66	1 STESURA	1

DATA DI EMISSIONE	RESPONSABILE REDAZIONE	RESPONSABILE CONVALIDA	ORGANO DI APPROVAZIONE
29/08/2022	RESP. U.O. ORTOPEDIA	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA

- **Complicanze in caso di infiltrazione con steroidi :**

- Necrosi vascolare
- Ipertensione
- Iperglicemia o aggravamento della stessa
- Ipertensione oculare

- **Dopo l' infiltrazione**

La durata del miglioramento clinico è variabile secondo la patologia di base e le richieste funzionali del paziente . Il conseguimento del migliore risultato atteso è strettamente correlato e dipendente anche dal rispetto delle indicazioni terapeutiche e riabilitative eventualmente prescritte. Dopo l'infiltrazione è consigliabile una ripresa graduale delle attività motorie che interessano l'articolazione interessata e possono essere prescritti trattamenti fisioterapici al fine di aiutare il paziente a recuperare la migliore funzionalità.

COMPrensione PER IL PAZIENTE.

Mi è stata data l'opportunità di porre ogni domanda a riguardo delle procedure previste in questo studio ed i medici responsabili hanno fornito ogni spiegazione alle mie domande. Autorizzo il mio case-manager/primo operatore ed i suoi collaboratori designati all'attuazione delle procedure previste da questo protocollo.

Posso decidere di non partecipare o posso ritirare il mio consenso ed interrompere le procedure in ogni momento.

Inoltre ho compreso che i medici possono decidere di interrompere il trattamento qualora il responsabile ritenga che questo sia nel mio migliore interesse. Il medico responsabile mi comunicherà qualora tali circostanze dovessero verificarsi.

Mi è stato garantito, altresì, che verrà garantita la massima riservatezza dei dati sensibili personali; pertanto:

DO il mio consenso affinché il mio caso sia oggetto di utilizzo a fini scientifici e consapevolmente, quindi:

- **Accenso** al trattamento propositomi che verrà praticato dall'equipe di questa Unità;
- **Autorizzo** i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico propositomi e preventivamente concordato;
- **Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;
- **Autorizzo** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel rispetto completo della mia privacy.

Data _____

Firma del Medico _____

Firma del/la Paziente _____

Firma del Tutore legale/Legale Rappresentante _____