

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____

Accetto di sottopormi al/ai trattamento/i, dopo essere stato/a informato/a delle modalità, rischi ed effetti collaterali, dei risultati ottenibili, delle alternative possibili.

Dichiaro, inoltre, di aver informato il medico di tutta la mia situazione clinica e in particolare di eventuali controindicazioni al trattamento.

INFILTRAZIONI ARTICOLARI: consiste nell'iniezione diretta di un farmaco nello spazio sinoviale, cioè nell'articolazione.

INFILTRAZIONI PERIARTICOLARI: Le infiltrazioni periarticolari introducono il farmaco direttamente nel sito di interesse: borse sierose, tendini, legamenti ed i muscoli spesso sede di processi infiammatori su base traumatica, reumatica o degenerativa.

I rischi di tali terapie, anche se rari, sono i seguenti:

- Infezione
- Sanguinamento, ecchimosi, ematomi
- Reazioni allergiche (ai farmaci o ai materiali medicali)
- Reazioni vagali (svenimenti)
- Disturbi della cute consistenti nella comparsa di un'alterazione del colore (discromia) generalmente verso il bianco, nella comparsa di una maggiore fragilità della cute che si assottiglia proprio per l'azione del cortisone che, per quanto iniettato in profondità, può lasciare dei reliquati sul punto, sul tramite di iniezione con comparsa di infossamento dei tessuti sottocutanei
- Altri e specificati in conseguenza di particolari condizioni cliniche

Esprimo il mio consenso libero, personale e informato ai trattamenti sopra proposti.

FIRMA PAZIENTE _____

FIRMA MEDICO _____

DATA _____