

Sono consapevole di essere sottoposto il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al seguente trattamento:

***infiltrazione intrarticolare di acido ialuronico.***

Questo trattamento mi è stato consigliato dallo specialista come parte di una adeguata strategia terapeutica per contrastare i sintomi e le limitazioni funzionali dipendenti dalla mia situazione patologica.

Diagnosi: \_\_\_\_\_

Stato della malattia : K.L. 1  2  3  4

Sono consapevole che la terapia infiltrativa rappresenta una modalità vantaggiosa validata dalla letteratura scientifica e raccomandata dalle linee guida internazionali, su indicazioni correttamente poste dal medico specialista. Nonostante i vantaggi dimostrati dalla terapia infiltrativa con ac. ialuronico, la degenerazione articolare peraltro rimane e i sintomi e limitazioni potranno ripresentarsi.

Sono stato adeguatamente informato che il trattamento avverrà mediante una iniezione con ago entro la mia articolazione. La terapia infiltrativa è una procedura consolidata, approvata, sicura, efficace ed eseguita su migliaia di pazienti.

Anche con la migliore esecuzione e rispettando tutte le precauzioni sono possibili alcuni inconvenienti, come i seguenti:

- disturbi locali nella sede d'iniezione: dolore, gonfiore, calore e rossore (moderati, sopportabili e transitori);
- reazioni allergiche locali o generalizzate (che in linea teorica-per quanto improbabile-possono essere anche molto gravi e comportare collasso).
- Infezioni locali o intrarticolari

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

Mi verrà somministrato il seguente prodotto :  **Hymovis**  **Hyalubrix**  **Hyalubrix 60**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

esprime il proprio consenso libero, personale e informato ai trattamenti sopra proposti.

FIRMA PAZIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA MEDICO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_