

S.C. RADIOLOGIA

DIRETTORE Dr. Valter VERNA

Ospedale Michele e Pietro Ferrero - Verduno

Tel 0172/1408604

E.mail: radiologia@aslcn2.it

## CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI INFILTRAZIONE RX/TC/ECO GUIDATA

### CHE COSA È?

Consiste in iniezioni di un liquido specifico curativo, eseguita su guida radiosopica, TC o ecografica, nella sede di dolore.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

### A COSA SERVE?

La terapia con **infiltrazioni** è un processo conservativo il cui scopo è prevalentemente quello di alleviare i sintomi e cercare di evitare l'utilizzo futuro di protesi, una procedura non priva di complicazioni post impianto.

### COME SI EFFETTUA?

L'infiltrazione è una puntura effettuata con un comune ago e di durata molto breve, tendenzialmente indolore; lo schema terapeutico varia in base alla gravità e al tipo di patologia per cui si ricorre alle infiltrazioni.

In base al liquido che viene iniettato possiamo distinguere due principali e più comuni tipologie di infiltrazioni: a base di **cortisonici** e a base di **acidi ialuronici**.

Le infiltrazioni a base di **cortisone** sono le più comuni nei casi di articolazione infiammata in quanto vanno ad agire direttamente come antinfiammatorio, alleviando i dolori. È necessario prestare particolare attenzione e calibrare in modo corretto le dosi da somministrare in quanto il cortisone potrebbe alterare la struttura della cartilagine.

Le infiltrazioni a base di acido ialuronico si suddividono a loro volta in acidi ialuronici ad *alto peso molecolare* o *basso peso molecolare*, e hanno una *funzione lubrificante* che *migliora la fluidità articolatoria*. Questa tipologia di infiltrazione ha necessità di ripetersi spesso nel tempo in cicli ricorrenti, in quanto l'acido tende a consumarsi e a non rimanere all'interno delle articolazioni. Sono più spesso utilizzate in caso di artrosi: la molecola di acido ialuronico rende l'articolazione viscosa ed elastica, lubrificando e proteggendo i tessuti dalle infiammazioni. In caso di artrosi il liquido, infatti, è poco viscoso ed elastico, per questo motivo l'infiltrazione (chiamata in questo caso viscosupplementazione) è molto utile, oltre a stimolare la produzione di nuova cartilagine. La viscosupplementazione è utilizzata soprattutto per l'articolazione della spalla, dell'anca e del ginocchio.

### RACCOMANDAZIONI

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

**Data informazione:** \_\_\_\_\_

**Note aggiuntive:** \_\_\_\_\_

## ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI INFILTRAZIONE RX/TC/ECO GUIDATA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

1) in qualità di esercente la podestà sul minore \_\_\_\_\_

2) in qualità di tutore del paziente \_\_\_\_\_

**Informato/a** dal Dott. \_\_\_\_\_

- sul tipo di trattamento da eseguire
- di tutte le informazioni necessarie relative alla procedura in oggetto (modalità di esecuzione, vantaggi, rischi ad essa correlati, alternative diagnostiche o terapeutiche)
- degli svantaggi che avrei qualora decidessi di non sottopormi alla procedura.

### Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- dalla possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere i benefici ricercati;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti).

Valutate le informazioni ricevute, i chiarimenti che mi sono stati forniti, le risposte ai miei quesiti e richieste di precisazione, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

ACCETTO l'atto sanitario proposto  RIFIUTO l'atto sanitario proposto

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI  NO

Data \_\_\_\_\_ Firma della paziente \_\_\_\_\_

### POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE A RIGUARDO?

Lei non è assolutamente obbligato/a ad effettuare questa procedura; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Io, sottoscritto \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dichiaro di **REVOCARE** il consenso all'atto sanitario proposto.

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_