

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ___ / ___ / _____

dichiaro che il Dott. Alberto Gallo mi ha consigliato l'esecuzione di:

- artrocentesi diagnostica o artrocentesi terapeutica
- infiltrazione extrarticolare
- infiltrazione articolare o con anestetico o con steroidi o con acido ialuronico
- altro _____

Il medico mi ha informato che il trattamento può risultare inefficace anche se correttamente eseguito e che possono verificarsi effetti collaterali di vario tipo.

Effetti collaterali legati alla procedura Reazione dolorosa locale che persiste per le prime 24-48 ore, infiammazione, reazione vagale di svenimento, in rarissimi casi reazioni di intolleranza o allergie ai farmaci utilizzati, infezione locale (si calcola che una infezione intra-articolare può avvenire in un caso su 14.000-50.000 infiltrazioni, a seconda delle casistiche).

Effetti collaterali legati al farmaco iniettato Steroidi. A distanza di 6-12 ore dall'infiltrazione può verificarsi una risposta infiammatoria articolare in circa il 10% dei pazienti con artrite reumatoide e, molto meno frequentemente, in quelli affetti da osteoartrosi. Le reazioni allergiche, correlate ai conservanti o al principio attivo, sono molto rare. Le complicanze cutanee (atrofia tissutale, liponecrosi, discromie, necrosi cutanea, flushing alla faccia o collo) si possono osservare in meno dell'1% dei casi. Anestetici locali. Le allergie, che si manifestano con bradicardia, senso di calore, ipotensione e sintomi vagali, hanno una frequenza inferiore al 2%. Acido ialuronico. Gli effetti indesiderati conseguenti alla somministrazione di HA per via intra- e peri-articolare, ossia dolore in sede di iniezione, tumefazione articolare, sono di grado lieve e di breve durata. L'incidenza di tali eventi in ampie casistiche è pari allo 0,5%. Alcune formulazioni di acido ialuronico modificato (Hylan) possono provocare, in meno del 10% dei casi, reazioni infiammatorie più severe e che richiedono un trattamento medico aggiuntivo.

DICHIARO di essere stato informato che vi sono malattie che possono aumentare il rischio di effetti collaterali o complicazioni, specie nel caso di utilizzo di steroidi (diabete, ipertensione mal controllata, glaucoma, infezioni, decadimento delle condizioni generali, immunodepressione, infezione da Herpes zoster, polineuropatie, piastrinopenia e disordini della coagulazione, malattia da deposizione di cristalli di pirofosfato di calcio o pseudogotta).

DICHIARO di essere stato informato a voce e di aver letto attentamente quanto sopra esposto riguardo gli obiettivi specifici, i benefici e gli eventuali rischi e conseguenze; che è stato risposto in maniera chiara ed esaustiva alle delucidazioni da me richieste; di essere stato informato che vi sono malattie che possono controindicare l'esecuzione della prestazione o aumentarne il rischio di effetti collaterali e

DICHIARO di non essere affetto, per quanto è a mia conoscenza, da alcuna delle sopraelencate patologie

o **DICHIARO** di essere affetto dalle seguenti patologie: _____

o **DICHIARO** di non aver mai manifestato intolleranza o reazioni allergiche a farmaci, compresi gli anestetici locali, né al lattice

o **DICHIARO** di essere allergico ai seguenti farmaci: _____

Tenuto conto di quanto sopra, il medico ha valutato che il bilancio rischi/benefici nella mia condizione specifica di malattia è a favore dell'indicazione alla terapia infiltrativa.

Infine, **DICHIARO** di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'inizio della prestazione.

Ciò premesso

o acconsento

o non acconsento

a sottopormi alla suddetta prestazione e ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie nel corso della medesima.

Luogo _____ Data ___/___/_____

Firma del paziente _____

Io sottoscritto Dott Alberto GALLO confermo di aver reso edotto il paziente circa la cura proposta, di avere risposto esaurientemente alle domande poste dallo stesso e di averne verificato la comprensione delle informazioni ricevute.

Firma del medico _____