

CONSENSO INFORMATO PER LA TERAPIA INFILTRATIVA

Gli elementi costitutivi del Consenso Informato Specifico sono: informazione, comprensione, libertà e capacità di intendere e di volere. Essi sono un'acquisizione saldamente condivisa a livello internazionale. Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze della scelta operata. Il medico, nell'informare il paziente, dovrà tener conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuovere la massima adesione alla proposta diagnostica terapeutica. Il consenso, espresso in forma scritta, nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sull'integrità fisica, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo.

Nei confronti del paziente straniero che non sia in grado di comunicare in lingua italiana, sussiste sempre l'obbligo del medico di accertare che il paziente abbia compreso la natura della patologia e del relativo trattamento.

Per l'informazione, occorre che il consenso sia acquisito alla presenza di un mediatore; comunque, nel caso di specie, si raccomanda di personalizzare il più possibile il modulo. L'illecito per la violazione del consenso informato sussiste perché il paziente, a causa del deficit di informazione, non è stato messo in grado di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle sue implicazioni. Ciò costituisce una violazione da inosservanza di legge.

Fac Simile consenso informato:

Il sottoscritto (paziente), oggi....., alle ore.....

Informato dal dott. (Medico), del reparto di....., della patologia in atto (Patologia) suscettibile di terapia infiltrativa con:

- corticosteroide
- acido ialuronico
- fattori di crescita
- medical devices
-

Altresì informato del rischio che l'atto infiltrativo con corticosteroide, acido ialuronico, fattori di crescita, medical devices, potrebbe comportare delle possibili complicanze, quali reazioni allergiche, distrofia o discromia cutanea, eritema, tumefazione, dolore nel luogo di infiltrazione, artrite infettiva o sepsi; e che nel caso specifico di infezioni, la letteratura riporta il tasso di incidenza da 1/3.000 a 1/100.000 e che l'infezione può portare a danno tissutale e articolare e/o a infezione ossea-osteomielite, che può richiedere trattamento antibiotico prolungato e ulteriori interventi chirurgici.

Reso altresì edotto delle possibili alternative nel caso di specie: assunzione di terapia farmacologica, cicli di terapia fisica, ozonoterapia, intervento chirurgico.

Accetta, con l'ausilio tecnico-scientifico del medico (Dott.), di essere sottoposto al suddetto ciclo di infiltrazioni con (cortisonico/acido ialuronico/fattori di crescita/medical devices) nel numero di nell'articolazione di (articolazione) e, specificando se l'infiltrazione sarà eco-guidata nel distretto anatomico di.....

Data/..../.... Ore.....

Firma (Paziente).....

Firma (Medico).....

Società Italiana G.U.I.D.A.
*Gestione Unificata ed Interdisciplinare
del Dolore muscolo-scheletrico
e dell'Algodistrofia*

Presidente Ombretta DI MUNNO
Direttore Esecutivo Giovanni IOLASCON

Comitato Direttivo
Giulia LETIZIA MAURO
Alberto MIGLIORE
Umberto TARANTINO

Consiglio Direttivo
Gerolamo BIANCHI
Carlo CISARI

Sergio CRIMALDI
Orazio DE LUCIA
Fabio DONELLI
Oscar Massimiliano EPIS
Pietro FIORE
Biagio MORETTI
Luca PADUA
Giuseppina Carolina RESMINI
Stefano STISI
Carlo Lauro Maria TREVISAN

**Segreteria Organizzativa
MYEVENT srl**
Tel.: (+39) 06 9448887
Fax: (+39) 06 89281786
Email: myevent@si-guida.it
www.myeventsrl.it

Via di Poggio, 48
55100 Lucca (LU)
www.si-guida.it