

	<b>Consenso Informato Infiltrazioni</b>	Mod.05.96
		Rev. 1
		Aggiornato al 12/04/2018
		Pag. 1 di 1

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 N. ESAME \_\_\_\_\_

### CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere stato reso edotto dal Medico Ortopedico del mio stato di salute e delle procedure terapeutiche cui sarò sottoposto.

Al termine del colloquio con il medico CHIEDO di essere sottoposto a intervento/procedura di:

- N° \_\_\_\_\_ INFILTRAZIONI INTRA-ARTICOLARI con \_\_\_\_\_
- ARTROCENTESI \_\_\_\_\_

Durante lo stesso colloquio sono stato informato dal Medico delle possibili conseguenze/complicanze:

- ematoma intra-articolare
- lesioni vascolo-nervose
- reazioni allergiche al farmaco iniettato
- infezioni superficiali e/o profonde
- rottura dell'ago
- reazioni infiammatorie o comunque avverse a livello del tessuto o dell'articolazione correlate all'intervento/procedura scelto.

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie per prendere una decisione consapevole, di essere stato informato in maniera chiara e a me comprensibile dal Medico a cui ho esposto i miei dubbi e domande; dichiaro altresì di essere stato informato PRIMA di eseguire la procedura.

Dichiaro di aver fornito al Medico tutte le informazioni in mio possesso riguardanti il mio stato di salute con particolare riguardo ad allergie e/o eventuale stato di gravidanza certo o presunto.

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Firma del Medico** \_\_\_\_\_

**Firma del paziente** o di persona idonea \_\_\_\_\_

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela

### PROCEDURA DI INFILTRAZIONE ECOGUIDATA

In alcuni casi il Medico Ortopedico può richiedere una procedura di infiltrazione ecoguidata, con il supporto del Medico Ecografista, il quale procede alla valutazione ecografica con sonda lineare ad alta frequenza per studio dei tessuti molli / MSK della regione crurale DX / SN con identificazione del recesso articolare anteriore della articolazione coxofemorale.

Avendo ricevuto preventivamente tutte le informazioni necessarie per prendere una decisione consapevole, acconsento di sottopormi alla suddetta procedura terapeutica.

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Firma del Medico** \_\_\_\_\_

**Firma del paziente** o di persona idonea \_\_\_\_\_

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela