

## **INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER INFILTRAZIONE INTRARTICOLARE ECOGUIDATA**

Gentile Signore/a

.....  
La valutazione clinica della sua patologia .....

Ha consentito di consigliare la procedura di INFILTRAZIONE INTRARTICOLARE ECOGUIDATA nel distretto anatomico di .....

Con l'utilizzo di Corticosteroidi Corticosteroidi e anestetico locale Acido ialuronico

Acido ialuronico con anestetico locale.

E' previsto un ciclo di infiltrazioni pari a n..... infiltrazioni ad intervalli di..... giorni.

### **FINALITA'**

La terapia infiltrativa ecoguidata e' una procedura che utilizza le onde sonore US per iniettare con altissima precisione i farmaci all'interno delle articolazioni, in prossimità dei tendini o delle borse loco-regionali.

### **BENEFICI**

E' possibile infiltrare nelle articolazioni diversi tipi di farmaci ma i più usati sono gli antiinfiammatori steroidei e l'acido ialuronico AI. I primi vengono impiegati in condizioni flogistiche articolari e peritendinee di varia eziologia, mentre il secondo ha come indicazione principale l'osteoartrosi e le tendinopatie.

A livello intra-peritendineo IA è in grado di stimolare la rigenerazione della struttura tendinea danneggiata.

### **POSSIBILI RISCHI E COMPLICANZE**

Sono possibili complicanze come ogni altra tecnica terapeutica invasiva, tuttavia la loro incidenza viene riportata in letteratura come veramente eccezionali.

E' necessario distinguere tra gli effetti indesiderati legati direttamente all'azione del farmaco e le complicanze legate alla tecnica utilizzata.

#### **a. Effetti indesiderati**

Sono possibili reazioni allergiche ai farmaci utilizzati: minori (orticaria circoscritta, nausea, vomito) moderate o severe (orticaria diffusa, alterazione della frequenza cardiaca, difficoltà respiratorie, perdita di coscienza)

Eccezionali le reazioni a rischio vitale (gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardiaco).

L'artrite settica è un evento raro e può richiedere trattamento antibiotico prolungato e ulteriori interventi chirurgici.

Nel caso venga infiltrato un cortisonico in pazienti diabetici, è necessario un controllo della glicemia più frequente nelle 24h successive.

#### **b. Complicanze relative alla tecnica**

Sono per lo più dovute all'azione traumatica dell'ago sulle strutture anatomiche. Possono consistere in: ematomi, dolore o sensazione di formicolio/scossa elettrica (parestesie) che si distribuisce lungo il decorso della radice nervosa all'arto superiore.

### **CONTROINDICAZIONI ALL'INFILTRAZIONE ECOGUIDATA**

La principale è il sospetto di un'artrite infettiva che può rappresentare anche una complicanza di queste pratiche, rara se si opera in condizioni di sterilità. Altre possono essere. Ulcerazioni e atrofie cutanee periarticolari, protesi articolari, allergie al farmaco, terapia anticoagulante o immunosoppressiva in corso, alterazioni della coagulazione non controllate come emofilia, immunodeficienze o infezioni sistemiche.

#### **Controindicazioni all'uso di corticosteroidi :**

infezioni micotiche, gravidanza e allattamento, diabete, ulcere gastroduodenali o coliti ulcerose, ascessi, insufficienza renale, ipertensione, osteoporosi, miastenia grave, età infantile.



**Controindicazioni all'uso di acido ialuronico:**

allergie alle proteine del pollo, gravidanza e allattamento, età infantile.

**PARTICOLARI RACCOMANDAZIONI PER IL PAZIENTE**

Talvolta l'infiltrazione di acido ialuronico può esacerbare la sintomatologia dolorosa nelle ore successive alla procedura (24/48h) o più comunemente dare fastidio locale. Per questo motivo al termine della procedura è sempre bene applicare sulla zona trattata, non a diretto contatto con la cute, una borsa del ghiaccio per 20 min ed eventualmente assumere una terapia antinfiammatoria orale.

Con la presente dichiaro:

di aver parlato con il Medico specialista del mio caso e di quanto connesso e di aver ricevuto risposte esaurienti

- Di non essere in stato di gravidanza
- Di non essere affetto da patologie diabetiche, glaucoma e ipoglicemia latente
- di non essere affetto da favismo
- di non essere affetto da epilessia
- di non essere affetto da gravi malattie cardiovascolari e/o ematologiche e/o respiratorie in fase clinica di scompenso.
- Di non essere in terapia con anticoagulanti o immunosoppressori? E se sì, quali?
- .....
- Di non essere allergico o se sì, a quali farmaci?
- .....

**ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

*DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente  
minorenne esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_



# Clinica Diagnostica

Dott. Lorenzo Trezza

*Clinica Diagnostica Dott. Lorenzo Trezza, Via Volta 31A/35A*

*20866 Carnate (MB) P.Iva 02410840967 – tel 039672488*

*Mail: [info@clincadiagnostica.it](mailto:info@clincadiagnostica.it)*

*Dir. Sanitario: Dott. Matteo Pisani*



# Clinica Diagnostica

Dott. Lorenzo Trezza

*Clinica Diagnostica Dott. Lorenzo Trezza, Via Volta 31A/35A*

*20866 Carnate (MB) P.Iva 02410840967 – tel 039672488*

*Mail: [info@clincadiagnostica.it](mailto:info@clincadiagnostica.it)*

*Dir. Sanitario: Dott. Matteo Pisani*