

NOTA INFORMATIVA

Gentile signora/Egregio signore,

Le è stato proposto di eseguire una procedura terapeutica che consiste nell'iniezione diretta di un farmaco nello spazio sinoviale, cioè nell'articolazione, oppure in aree periarticolari quali borse sierose, tendini, legamenti ed i muscoli spesso sede di processi infiammatori su base traumatica o degenerativa.

Benefici

L'esecuzione di un'infiltrazione articolare o periarticolare correttamente eseguita riduce il dolore, la rigidità articolare e il processo infiammatorio, portando a un miglioramento della meccanica dell'articolazione e una riduzione del dolore durante la mobilizzazione, il che può agevolare un percorso futuro di fisioterapia mirato a una ulteriore riduzione della sintomatologia algica.

Modalità d'esecuzione

Le terapie iniettive sono trattamenti ambulatoriali, non richiedono ricovero o un prolungato periodo di osservazione. Il medico esecutore vi farà assumere la posizione più opportuna a seconda della sede da trattare. Assumete una posizione comoda che vi permette di essere rilassati.

Verrà preparato un campo sterile con una accurata disinfezione della cute. E' possibile che il medico pratici una anestesia locale tramite una iniezione separata oppure attraverso lo stesso ago che verrà poi utilizzato per l'infiltrazione.

L'operatore sarà perfettamente a conoscenza della regione anatomica da trattare in modo da indirizzare l'ago in modo sicuro. Nell'iniezione articolare l'ago viene introdotto sotto guida ecografica attraverso precisi siti anatomici, detti anche "portali", che consentono di raggiungere l'articolazione senza rischi, evitando strutture "nobili" (vasi, nervi, tendini, piani ossei). Anche se l'introduzione dell'ago può provocare una certa apprensione, l'iniezione articolare è in realtà una pratica sicura che deve essere affrontata serenamente.

L'introduzione dell'ago provoca naturalmente un certo dolore, pari comunque a una normale iniezione intramuscolare. Cercate di collaborare con il medico, mantenendo la calma, restando rilassati e fermi nella posizione corretta. E' possibile che l'operatore muova leggermente l'ago per posizionarlo nel punto migliore con piccoli aggiustamenti. E' possibile che l'iniezione del farmaco dia una modesta sensazione di bruciore o rigonfiamento, che generalmente regredisce al termine dell'iniezione.

Controindicazioni

Il rischio di infezione con questa procedura è estremamente basso dal momento che non vengono effettuate incisioni della cute. Non può essere, tuttavia, del tutto annullato. Una corretta preparazione del campo sterile e un ambiente adeguato sono elementi importanti per una pratica sicura.

Avvisate, comunque, il vostro medico se avete situazioni potenzialmente a rischio. Alcune situazioni potenzialmente a rischio sono: malattie infettive in corso, febbre, ulcerazioni e atrofie cutanee periarticolari, allergie note al farmaco da infiltrare, terapia anticoagulante in corso o alterazioni della coagulazione non controllate come l'emofilia o la grave piastrinopenia.

Controindicazioni e condizioni potenzialmente a rischio in caso di utilizzo di corticosteroidi

Diabete mellito, infezioni micotiche o virali sistemiche, gravidanza e allattamento, ulcera gastroduodenale o coliti ulcerose, ascessi, insufficienza renale, ipertensione, osteoporosi, miastenia grave, età infantile.

Controindicazioni e condizioni potenzialmente a rischio in caso di utilizzo di acido ialuronico

Allergia alle proteine del pollo; gravidanza e allattamento; età infantile.

Complicanze

Eccezionalmente queste procedure possono provocare complicanze.

Vi può essere una reazione dolorosa locale che persiste per le prime 24-48 ore, un'infiammazione, una reazione vagale di svenimento, in rarissimi casi, reazioni di intolleranza o allergie ai farmaci utilizzati. Seppur molto raramente è possibile che si verifichi una infezione locale.

Possibilità di insuccesso

I risultati della terapia di infiltrazione articolare o periarticolare sono variabili e possono divergere da una persona all'altra; in particolare, in casi di artrosi articolare più avanzata, il beneficio potrebbe risultare limitato per intensità e durata.

Alternative di cura

A seconda dell'articolazione interessata, alcune tra le alternative di terapia antalgica all'infiltrazione articolare e periarticolare possono essere: assunzione di terapia farmacologica, cicli di terapia fisica, ozonoterapia, intervento chirurgico.

Conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario

L'eventuale rifiuto dell'infiltrazione articolare o periarticolare potrebbe comportare un prolungarsi della sintomatologia in questione, solitamente il dolore, che potrebbe inficiare attività quotidiane come anche l'inizio o prosecuzione di eventuali cicli di fisioterapia.

Come comportarsi dopo la procedura

Il medico esecutore vi darà tutte le informazioni specifiche per la vostra situazione.

In generale la procedura non richiede particolari precauzioni.

E' possibile svolgere una normale attività quotidiana, compresa una normale deambulazione in carico. Generalmente per le prime 24 ore è opportuno evitare sforzi e attività sportive intense. Un lieve gonfiore o un indolenzimento della parte trattata sono da considerarsi normali nelle prime 24/48 ore. E' possibile assumere un blando antidolorifico al bisogno.

Avvisate il medico se:

- il luogo dell'iniezione appare rosso, gonfio e sembra più caldo della pelle intorno per più di 24 ore dalla infiltrazione /artrocentesi;
- il luogo dell'iniezione/artrocentesi risulta essere bagnato;
- si manifesta un dolore che non regredisce con l'assunzione di farmaci idonei;
- si ha febbre con temperatura di almeno 37,5° C.

Posso cambiare la mia decisione riguardo all'esecuzione del trattamento sanitario?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'Ecografia con Mezzo di Contrasto e può revocare il Suo consenso in qualsiasi momento, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento; alternativamente il Medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il Suo consenso.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI INFILTRAZIONI ARTICOLARI E PERIARTICOLARI

(Dati del paziente)

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____

È a conoscenza di essere **allergico/a a farmaci/sostanze?** Sì No

Se sì, a quale farmaco/sostanza?

Per la Paziente donna: **è o potrebbe essere in stato di gravidanza?** Sì No

(compilazione a cura del Medico)

Distretto anatomico interessato dalla procedura:

Farmaci impiegati nella procedura e relativo dosaggio:

-
-
-
-

Io sottoscritto/a

(Dati del paziente)

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____

(In caso di paziente minore o incapace, dati identificativi del rappresentante legale)

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ in qualità di _____ del paziente

Confermo che il Dr. mi ha illustrato la natura della procedura terapeutica a cui verrò sottoposto, il metodo con il quale viene attuata, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad essa connessa, le eventuali alternative possibili, nonché di aver avuto la possibilità di chiarire ogni mio dubbio relativo alla procedura.

Preso atto di quanto sopra, consapevole che il consenso che mi accingo a sottoscrivere potrà essere revocato in qualsiasi momento e che il trattamento, una volta avviato, può essere interrotto a mia richiesta

DICHIARO DI:

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENIRE

allo svolgimento dell'infiltrazione

(In caso di paziente minore o incapace)

Dichiaro che la volontà del paziente minore o incapace è stata presa in considerazione, dopo l'avvenuta informazione da parte del medico in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

Data e ora:

Firma:

(Firma del Paziente/Rappresentante legale)

Il Medico Responsabile dell'esecuzione della procedura, verificato il questionario anamnestico, preso atto delle risposte fornite dal paziente, ne autorizza l'esecuzione.

Timbro e Firma del Medico

Io sottoscritto/a in data..... alle ore.....
consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta

REVOCO IL CONSENSO

all'esecuzione di infiltrazioni articolari e periarticolari

Firma del Paziente/Rappresentante Legale

Per presa d'atto, Timbro e firma del medico