



Timbro Unità Operativa

FOGLIO INFORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI INFUSIONE ECO-GUIDATA DI SOSTANZA MEDICAMENTOSA

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Cognome _____ **Nome** _____
Nato/a _____ **(Prov.** _____ **) il** _____ / _____ / _____

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

<input type="checkbox"/> GENITORI (se paziente minorenne)	<input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> FIDUCIARIO
---	--

SOGGETTO 1:

Cognome _____ **Nome** _____
Nato/a _____ **(Prov.** _____ **) il** _____ / _____ / _____

SOGGETTO 2:

Cognome _____ **Nome** _____
Nato/a _____ **(Prov.** _____ **) il** _____ / _____ / _____

CHE COSA È?

La procedura consiste nella somministrazione, mediante introduzione di un ago, di sostanze terapeutiche quali: corticosteroidi, corticosteroidi con anestetico locale, acido ialuronico, PRP (plasma arricchito in piastrine), alcool. La procedura può avvenire con controllo Eco- TCguidato, per permette una visualizzazione diretta del percorso dell'ago nei tessuti molli e del suo corretto posizionamento nell'organo target.

A COSA SERVE?

Le principali indicazioni comprendono sia processi infiammatori acuti articolari, sia la patologia artrosica degenerativa, i processi infiammatori acuti/cronici dei tessuti molli e lesioni focali in organi parenchimatosi. Le principali patologie trattate con l'infiltrazione articolare sono: l'artrosi, l'artrite reumatoide, le tendiniti, le borsiti, le fasciti, le fibromiositi, la sindrome radicolare. L'iniezione di sostanze medicamentose serve ad alleviare la sintomatologia algica o a determinare la morte cellulare all'interno di lesioni neoplastiche (alcolizzazione).



COME SI EFFETTUÀ?

La procedura consiste, previa accurata preparazione della cute, nella somministrazione mediante introduzione di un ago sottile fino alle sedi anatomiche interessate, di sostanze terapeutiche quali: corticosteroidi, corticosteroidi con anestetico locale, acido ialuronico, PRP (plasma arricchito in piastrine), alcool. L'infiltrazione può essere effettuata anche con l'aiuto di un ecografo (eco-assistita) o sotto la guida dello stesso (ecoguidata), in modo da permettere una visualizzazione diretta del percorso dell'ago nei tessuti molli e del suo corretto posizionamento, oppure mediante l'ausilio di apparecchiature radiologiche sotto controllo fluoroscopico o sotto controllo TC; ciò è particolarmente utile in alcune sedi profonde, difficili da individuare a mano libera.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

La procedura è ben tollerata, generalmente non provoca dolore ma disconfort. Malgrado l'esame venga eseguito con la massima accuratezza è comunque possibile che in alcuni casi rari vi siano delle complicazioni.

Le più frequenti sono:

- Sanguinamento e/o ematoma di solito si risolvono spontaneamente;
- Infezioni/ascessi, comprese le recidive di raccolte ascessuali, specie se vi sono patologie concomitanti del sistema immunitario.
- Perforazione di organi vicini (intestino, cistifellea, ecc) in caso di trattamenti sul fegato o pancreas sono evenienze rare (< 1%) e potrebbero necessitare di un ricovero e di un intervento chirurgico.
- Fistole pancreatiche e/o enteriche.
- Dolore e risposta infiammatoria locale transitoria;
- Atrofia cutanea/tissutale, depigmentazione della cute anche a distanza di mesi, liponecrosi, necrosi cutanea;
- Parestesie temporanee;
- Ipotensione-bradicardia, reazioni vagali;
- Rotture tendinee e legamentose;

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Raccomandato il digiuno nelle 6 ore precedenti la procedura. Necessaria la sospensione, secondo linee guida CIRSE, di terapia antiaggregante e/o anticoagulante con timing variabile a seconda della molecola utilizzata, laddove possibile.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete). Dopo la procedura si raccomanda la permanenza a letto che può variare da 12 a 24 ore.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

Data _____ / _____ / _____

Firma del paziente / genitori
tutore / amministratore di sostegno / fiduciario

Firma del Medico