

## Dott. Giuseppe Trapani

Medico chirurgo | Specialista in ortopedia e traumatologia

Via Calnova 128 30027 San Donà di Piave

Mail: dottortrapani.giuseppe@gmail.com

Web: ortopedico.studiotrapani3.it

Mobile: 342 043 21 03

C.F. TRPGPP81P30H823Q | P.IVA 02492010307



Studio medico Dott. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

### Dichiarazione di ricevuta informazione e CONSENSO a prestazione sanitaria:

INFILTRAZIONE INTRARTICOLARE [ ]

ARTROCENTESI [ ]

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Con la presente scrittura vengono riportati i principali dati relativi allo stato di salute accertato a seguito della visita medica effettuata e si forniscono le informazioni atte a acquisire o meno il consenso all'esecuzione degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti terapeutici ritenuti necessari e, comunque, già verbalmente illustrati.

#### Situazione obiettiva riscontrata nella visita

---

---

---

---

#### Descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e possibile con:

Infiltrazione/ Artrocentesi \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Tecniche e/o materiali impiegati \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Benefici attesi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **GLI AGHI USATI SONO MONOUSO QUINDI NON VENGONO RIUTILIZZATI.**

Tali procedure prevedono l'introduzione di un ago all'interno della borsa sinoviale o in un'articolazione per aspirare liquido articolare (a scopo diagnostico o terapeutico, determinando l'evacuazione del versamento e quindi la regressione del dolore da tensione e della limitazione alla flessione articolare) e/o per introdurre sostanze corticosteroidi e/o acido ialuronico e/o anestetici locali.

LO SCOPO É QUELLO DI RIDURRE L'INFIAMMAZIONE E LA SINTOMATOLOGIA ALGICA. ALL'INIZIO DEL TRATTAMENTO SI PUÒ AVERE UN TEMPORANEO PEGGIORAMENTO DELLA SINTOMATOLOGIA. TALORA SI PUÒ MANIFESTARE STANCHEZZA, ARROSSAMENTO CUTANEO, PICCOLI EMATOMI, VERTIGINI. TUTTI QUESTI SINTOMI SONO TRANSITORI. ALTRE COMPLICANZE PIÙ RILEVANTI SONO QUELLE DI CARATTERE INFIAMMATOARIO E/O INFETTIVO.

Nel caso di infiltrazione cortisonica può residuare una discromia locale, raramente permanente, possono manifestarsi reazioni allergiche e anche rialzo pressorio.

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

**Dichiara di essere stato/a informato/a verbalmente sui principi della metodica**

**INFILTRAZIONE INTRARTICOLARE/ ARTROCENTESI**, sui vantaggi e sugli svantaggi della stessa, sulle tecniche e sui materiali usati, sulla efficacia delle terapie, sui comportamenti da evitare per scongiurare complicanze successive all'atto medico, sulla durata del trattamento nonché sulla possibilità di interromperlo in qualsiasi momento, sull'indicazione relativa al proprio stato di salute, di aver avuto la possibilità di porre quesiti e di averne avuto esauriente risposta dal terapeuta interpellato per il trattamento, di aver ben compreso indicazioni, durata e modalità dell'intervento diagnostico e terapeutico propostogli, di essere stato/a messo a conoscenza che la terapia prevede una o più sedute che verranno fissate secondo le esigenze di servizio, pertanto acconsente di sottoporsi al trattamento sopra indicato.

Firma paziente \_\_\_\_\_ Firma medico \_\_\_\_\_

### **Dichiarazione di tutela della privacy**

In accordo al D.Lgs. 196 del 30/06/2003 sulla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali La informiamo che essi verranno raccolti, archiviati e saranno utilizzati esclusivamente per scopi di diagnosi e cura. Saranno tutelati dalla massima segretezza.

Tali dati potranno essere trasmessi ad altro personale sanitario e/o all'autorità giudiziaria che ne facciano esplicita richiesta.

Dopo aver letto quanto detto do il mio consenso:

SI [ ]      NO [ ]

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_