

## CONSENSO INFORMATO PER INFILTRAZIONE

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
acconsento a sottopormi ad infiltrazione

- intrarticolare
- mesoterapia
- punti trigger
- periarticolare

con i seguenti farmaci:

- anti-infiammatori non steroidei-FANS
- corticosteroidi
- anestetici locali
- miorelassante

la natura e gli scopi della quale mi sono stati spiegati dalla Dott.ssa Eleonora Cargnello in riferimento alle mie condizioni cliniche.

Come accade in tutte le cure ed i trattamenti è possibile:

- una mancata o parziale risposta alla terapia;
- una recidiva della sintomatologia dopo un periodo di tempo variabile.

Complicanze ed effetti indesiderati che si possono riscontrare:

- reazione allergica alle sostanze utilizzate;
- temporaneo dolore da iniezione e post-iniezione;
- infezione;
- ematoma lungo il decorso dell'ago/intra-articolare;
- reazioni vaso-vagali.

Sono stato informato in modo comprensibile sul tipo di strumenti, sul metodo operativo, sui materiali che verranno impiegati e sui rischi della procedura.

Alle domande da me poste, il Medico ha fornito risposte comprensibili.

Tale consenso è libero da pressioni e revocabile in qualsiasi momento.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico

Firma del paziente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_