

NOTA INFORMATIVA PER ARTROCENTESI

INDICAZIONI ALLA PROCEDURA

L'artrocentesi (diagnostica e terapeutica) permette al medico di esaminare il liquido sinoviale e quindi facilitare la diagnosi e, allo stesso tempo, di eseguire un atto terapeutico consentendo la detenzione dell'articolazione, e diminuendo così il dolore e l'impotenza funzionale.

LA PROCEDURA

L'artrocentesi consiste nell'introduzione di un ago, collegato ad una siringa, nel cavo articolare, per poter aspirare il liquido sinoviale (LS) presente in eccesso nell'articolazione stessa.

POSSIBILI COMPLICANZE

Le complicanze sono minime se vengono rispettate le corrette norme igieniche durante l'esame. Può tuttavia capitare, in rarissimi casi, l'insorgere di un'infezione dell'articolazione in quanto si tratta pur sempre di una procedura invasiva.

CONSENSO INFORMATO PER ARTROCENTESI

Io sottoscritt_____ nat____ il ____ / ____ / ____

dichiaro con la presente che:

1. mi è stato proposto di sottopormi ad artrocentesi, procedura medico-chirurgica cui acconsento di sottopormi in base a quello che mi è stato spiegato relativamente ai benefici ragionevolmente attendibili, ai rischi ed alle conseguenze - anche negative - che ne possono derivare (vd. Mod. REU 01 – “Nota informativa e consenso informato per artrocentesi”);
2. ho potuto porre al dott. _____ le domande che ritenevo opportune, e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili; mi è stata consegnata documentazione integrativa (cartacea e/o di altro tipo: Mod. REU 01 – “Nota informativa e consenso informato per artrocentesi” e/o _____) in tempi utili affinché io potessi prendere una decisione consapevole circa la prosecuzione dell'iter diagnostico e terapeutico propostomi.
3. **sono stat__ informat__ che posso anche cambiare idea, in qualunque momento, revocare il consenso qui espresso**, e decidere di non sottopormi alla pratica medico-chirurgica in questione. Le conseguenze, per il mio caso, potrebbero essere: _____

;

4. Sono stat__ informat__ che la procedura si svolgerà in regime ambulatoriale.

Udine, ____ / ____ / ____

(con la firma si dichiara di accettare la procedura indicata al punto 1)

Il Dichiarante

Il Medico (timbro e firma)

Nome e cognome del soggetto sostitutivo nei casi previsti dalla legge _____

Nome e cognome dell'eventuale interprete _____

Estremi documento identità, sia per un caso che per l'altro: _____

CONFERMA DEL CONSENSO, qualora acquisito prima di 3 mesi dalla data della procedura

Data di conferma _____ Il Dichiarante _____