

INDICAZIONI ALLA PROCEDURA

La terapia intrarticolare e periarticolare consiste nell'iniettare, nel cavo articolare o nei tessuti periarticolari e peri-inserzionali, farmaci (solitamente cortisteroidi o acido ialuronico), con cadenza variabile a seconda delle indicazioni del medico e delle sostanze impiegate.

L'indicazione principale è rappresentata dai versamenti articolari infiammatori, soprattutto se localizzati in una o alcune articolazioni. In questi casi l'infiltrazione consente di ottenere la massima efficacia antinfiammatoria locale con pochi o minimi effetti sistematici. Oltre all'artrite, anche l'artrosi e la condrocalcinosi rispondono a questa procedura terapeutica. Altre indicazioni sono i reumatismi extrarticolari, in particolare le periartriti, le entesiti (epicondilite ecc), le neuropatie da compressione periferica (per esempio la sindrome del tunnel carpale o altre sindromi da intrappolamento).

LA PROCEDURA

La procedura si svolge in regime asettico, previa disinfezione con disinfettante a base di iodio o, per i pazienti allergici, di clorexidina. La manovra può provocare dolore da lieve a moderato nell'atto della sua esecuzione e nelle ore successive ma ciò è normale data la natura della procedura. È possibile inoltre che a seguito della stessa compaiano ematomi ed aree di cute ipopigmentata (solitamente biancastra), per effetto di una distribuzione superficiale nel derma dello steroide.

CONTROINDICAZIONI

Le principali controindicazioni sono: il sospetto di un'artrite settica, la presenza di ulcerazioni cutanee in vicinanza dell'articolazione oggetto della terapia, la presenza di protesi articolari, l'inefficacia dimostrata di precedenti terapie intrarticolari eseguite di recente.

POSSIBILI COMPLICANZE:

Le principali complicanze relative alla terapia intrarticolare steroidea sono: artrite infettiva, artrite post-infiltrazione, atrofia cutanea o sottocutanea ed effetti sistematici (diabete, ipertensione).

Io sottoscritt_____ nat____ il ____ / ____ / ____

dichiaro con la presente che:

1. mi è stato proposto di sottopormi a terapia intrarticolare e periarticolare, 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 02 – “Nota informativa e consenso informato per terapia intrarticolare e periarticolare”);
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 02 – “Nota informativa e consenso informato per terapia intrarticolare e periarticolare” 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* _____