

**INDICAZIONI ALLA PROCEDURA**

La terapia intrarticolare e periarticolare consiste nell'iniettare, nel cavo articolare o nei tessuti periarticolari e peri-inserzionali, farmaci (solitamente corticosteroidi 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 sistemici. 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 sistemici (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 \_\_\_\_\_