



INFILTRAZIONE SACRO-ILIACA

Queste informazioni vogliono rendereLa consapevole del tipo di prestazione cui verrà sottoposto: per ulteriori quesiti potrà rivolgersi al personale medico e/o infermieristico dell'Unità Operativa

COS'È?

Consiste nell'effettuare l'iniezione di steroidi (derivati del cortisone) ed anestetico locale all'interno dell'articolazione, con la guida dell'amplificatore di brillantezza.

PERCHÉ SI ESEGUE?

- ✓ Per ridurre il dolore articolare
- ✓ Per ridurre lo stato infiammatorio articolare

PREPARAZIONE

Non sono richiesti particolari accorgimenti.

MODALITÀ DI REALIZZAZIONE

Le verrà richiesto di assumere la posizione prona e Le verrà praticata la disinfezione della cute della regione interessata, per poi effettuare una iniezione nell'articolazione sotto guida dell'amplificatore di brillantezza.

COMPLICANZE POSSIBILI

Nonostante l'accurata disinfezione della cute è possibile la comparsa di infezioni dell'articolazione. Come ogni puntura, può provocare la formazione di ematomi. Poiché richiede l'uso di raggi X è controindicata in stato di gravidanza. Il personale è comunque sempre a disposizione per fronteggiare eventuali complicanze.

Il giorno dell'infiltrazione il paziente:

- può fare colazione ed assumere la terapia farmacologica usuale
- deve portare radiografie precedenti
- deve portare l'impegnativa del medico curante

Il paziente verrà trattenuto in sala di attesa, seduto, per almeno 15 minuti prima di tornare a casa.



CONSENSO INFORMATO

La raccolta del consenso informato è un atto che non si esaurisce nella compilazione di un modulo richiesto a fini medico-legali, ma è l'espressione di un processo decisionale a cui partecipano sia il medico che il paziente.

Nel caso di soggetti minori di 18 anni il consenso informato viene espresso dai genitori o da chi esercita la potestà, anche se il minore deve essere reso partecipe del processo decisionale in modo adeguato alla sua età.

Perciò le chiediamo di concedere o meno il consenso solo dopo avere ricevuto dal medico informazioni esaurienti e chiare riguardo alla natura, alle finalità, ai benefici attesi, ai rischi e agli inconvenienti possibili della terapia/procedura che le è stata proposta.

**Il sottoscritto/a.....nato/a a
 il..... dichiara quanto segue:**

- La natura, le finalità, i benefici attesi ed i rischi possibili della terapia o procedura denominata mi sono stati chiaramente spiegati dal dott. come evidenziato anche nella Scheda Informativa (.....).**
- L'indicazione del farmaco, correttamente in uso per la terapia della patologia di cui è affetto (.....), non è attualmente registrata in Italia; tale indicazione è peraltro documentata nella letteratura internazionale.**
- Mi è stato concesso tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute e per porre eventuali domande; alle domande sono state fornite risposte complete e comprensibili**
- Mi sono state esposte le eventuali alternative a questa terapia/procedura**
- Esiste un rischio specifico per....., di cui il paziente è affetto o per la terapia in atto con**

pertanto

- **Acconsento di essere sottoposto alla procedura sopra riportata**
- **Non acconsento di essere sottoposto alla procedura sopra riportata**

firma

il medico che ha raccolto il consenso (nome e cognome).....

firma

nome e cognome di un testimone

firma

Data