

CONSENSO INFORMATO PER ARTROCENTESI

L'artrocentesi consiste nell'introduzione nel cavo articolare di un ago collegato ad una siringa da 20 ml per aspirare il liquido sinoviale. Ha uno scopo sia diagnostico, permettendo l'esame delle caratteristiche del liquido sinoviale, sia terapeutico, determinando l'evacuazione del versamento articolare e quindi la regressione del dolore da tensione e della limitazione alla flessione articolare. L'artrocentesi può essere seguita da un'infiltrazione intrarticolare con steroidi ed eventualmente anestetici locali o essere praticata da sola.

Tecnica di esecuzione artrocentesi: Dopo disinfezione delle cute, si pratica (se valutato opportuno) un'anestesia locale introducendo l'ago e iniettando nel tessuto sottocutaneo e poi a ridosso della capsula articolare 5 ml circa di anestetico tipo lidocaina. Seguendo lo stesso tragitto anestetizzato, si introduce un ago 21G collegato ad una siringa da 20 ml. per aspirare il versamento articolare. Durante l'aspirazione del liquido sinoviale il medico, comprimendo l'articolazione, può dirigere il liquido residuo verso la tasca sopra-patellare per favorirne l'evacuazione. Se non si riesce ad aspirare liquido in siringa nonostante il corretto posizionamento dell'ago, la punta dell'ago potrebbe essere ostruita da un lembo di sinovia. In questo caso è utile riposizionare l'ago e ridurre l'aspirazione.

CONTROINDICAZIONI La più temibile controindicazione all'artrocentesi e/o all'infiltrazione articolare è il sospetto di un'artrite infettiva che può rappresentare anche una complicanza di queste pratiche, rara se si opera in condizioni di sterilità. Altre controindicazioni principali sono ulcerazioni e atrofie cutanee periarticolari, protesi articolari, allergie note al farmaco da infiltrare (se dovesse essere praticata in un secondo tempo), terapia anticoagulante in corso o alterazioni della coagulazione non controllate come l'emofilia o la grave piastrinopenia.

COMPLICANZE Eccezionalmente queste procedure possono provocare complicanze, quali un'infiammazione, un'infezione o una lieve atrofia dei tessuti.

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.

Autorizzo

Il Medico Specialista ad effettuare il trattamento. Tale consenso è libero da pressioni e revocabile in qualsiasi momento.

Trieste, ____/____/____

Il/la paziente-Tutore/Genitore

Il Medico Specialista