



EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE
sede Legale e Operativa: via D. Rossetti, 62 – 34141 Trieste
sede Operativa via Coroneo, 5 - Trieste
Tel: 040 360430 Fax: 040 3724455
info@eutoniasanita.esalute.it

CONSENSO INFORMATO PER INFILTRAZIONE INTRA-ARTICOLARE

Io sottoscritto _____ acconsento a sottopormi ad infiltrazione intra-articolare con i seguenti farmaci:

- anti-infiammatori non steroidei-FANS
- corticosteroidi
- anestetici locali
- acido ialuronico

la natura e gli scopi della quale mi sono stati spiegati dal Dott. _____ in riferimento alle mie condizioni cliniche.

Come accade in tutte le cure ed i trattamenti è possibile:

- una mancata o parziale risposta alla terapia;
- una recidiva della sintomatologia dopo un periodo di tempo variabile.

Complicanze ed effetti indesiderati che si possono riscontrare:

- reazione allergica alle sostanze utilizzate;
- temporaneo dolore da iniezione e post-iniezione;
- infezione;
- ematoma lungo il decorso dell'ago/intra-articolare;
- reazioni vaso-vagali.

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