



CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Dichiarazione di ricevuta informazione e CONSENSO PER INFILTRAZIONI

L'**infiltrazione** è un'iniezione di sostanze terapeutiche (farmaci quali anestetici, corticosteroidi o altre sostanze come l'acido ialuronico) in particolari sedi anatomiche diverse della cavità articolare (articolari o periarticolari) eseguite a scopo terapeutico per veicolare localmente una quantità efficace di farmaco evitando gli effetti sistemici.

EFFETTI COLLATERALI LEGATI ALLA PROCEDURA

Reazione dolorosa locale che persiste per le prime 24/48 ore, infiammazione, reazione vagale di svenimento, in rarissimi casi reazione di intolleranza o allergie ai farmaci utilizzati, infezione locale (si calcola che una infezione intra-articolare può avvenire in un caso su 14.000/50.000 infezioni, a seconda delle casistiche).

EFFETTI COLLATERALI LEGATI AL FARMACO INIETTATO

STEROIDI. A distanza di 6/12 ore dall'infiltrazione può verificarsi una risposta infiammatoria articolare in circa il 10% dei pazienti con artrite reumatoide e, molto meno frequentemente, in quelli affetti da osteoartrosi.

Le reazioni allergiche correlate ai conservanti o al principio attivo sono molto rare. Le complicanze cutanee (artrofia tissutale, liponecrosi, discromie, necrosi cutanee, flushing alla faccia o collo) si possono osservare in meno dell'1% dei casi.

ANESTETICI LOCALI. Le allergie, che si manifestano con bradicardia, senso di calore, ipotensione e sintomi vagali, hanno una frequenza inferiore del 2%.

ACIDO IALURONICO. Gli effetti indesiderati conseguenti alla somministrazione di HA per via intra- e peri- articolare, ossia dolore in sede di iniezione, tumefazione articolare sono in grado di lieve e breve durata. L'incidenza di tali eventi in ampie casistiche è pari allo 0.5%. Alcune formulazioni di acido ialuronico modificato possono provocare, in meno del 10% dei casi, reazioni infiammatorie più severe e che richiedono un trattamento medico aggiuntivo.

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

Provincia di _____ il ___ / ___ / _____

Gennaio 2023

DICHIARA

di aver ricevuto dal **Medico specialista** spiegazioni chiare e comprensibili circa le modalità, le indicazioni, le controindicazioni relative ed assolute del trattamento proposto ed i rischi da esso derivanti
Dichiara, inoltre, di averne ben compreso il significato.

Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon **Sede Operativa:** 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon **Sede Operativa:** 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa **Sede Operativa:** 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli **Sede Legale:** 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833

Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova -

Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.

www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it





CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Sulla base delle informazioni ricevute, il/la sottoscritto/a:

Acconsente

Non acconsente

all'esecuzione del trattamento infiltrativo sopra indicato con

Corticosteroidi

Acido ialuronico

Anestetico

Data, ___ / ___ / _____

Firma del Paziente

*o genitore/tutore del minore
o tutore/amministratore di sostegno/
legale rappresentante dell'incapace*

Spazio a cura del Medico

Io sottoscritto Dott. _____ confermo di aver reso edotto il paziente circa la cura proposta, la natura e lo scopo del trattamento con particolare riferimento alle modalità, benefici ed ai rischi ad esso connessi; di aver risposto esaurientemente alle domande poste dallo stesso e di averne verificato la comprensione delle informazioni ricevute.

Indicazione del lotto (riportare il numero del lotto, eventuale scadenza o apporre direttamente l'etichetta nello spazio sottostante).

ETICHETTA

LOTTO

Gennaio 2023

Luogo _____

Data, ___ / ___ / _____

Timbro e firma del Medico



Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon **Sede Operativa:** 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon **Sede Operativa:** 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa **Sede Operativa:** 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli **Sede Legale:** 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833

Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.

www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it



CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso per infiltrazioni sul minore

I sottoscritti

Nome _____ Cognome _____ (madre) C. F.

Nome _____ Cognome _____ (padre) C. F.

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale, ricevute le informazioni fornite dal prospetto allegato

DICHIARANO

il loro consenso al trattamento infiltrativo sul minore **cognome e nome**

(Il consenso è validamente prestato se il presente modulo viene sottoscritto da almeno uno dei genitori esercenti la patria potestà. E' prevista la firma di entrambi i genitori esercenti la potestà genitoriale, o di uno solo munito di debita delega, nel caso di genitori separati/divorziati, cfr. art. 155 c.c. modificato dalla L. 54/2006)

Data, ___ / ___ / _____

Firma madre _____

Firma padre _____

ATTO DI DELEGA

Io sottoscritto

in qualità di genitore / tutore / esercente la potestà genitoriale sul minore **cognome e nome**

DELEGO

_____, ricevute le informazioni fornite, a prestare il consenso al trattamento infiltrativo sul minore.

Data, ___ / ___ / _____

Firma _____

Gennaio 2023



Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon **Sede Operativa:** 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon **Sede Operativa:** 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa **Sede Operativa:** 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli **Sede Legale:** 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833

Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.

www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it



CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso per infiltrazioni sull'incapace

Io sottoscritto tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante

Nome _____ Cognome _____ (madre) C. F. _____

In qualità di tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante, ricevute le informazioni
fornite dal prospetto allegato

DICHIARO

il mio consenso al trattamento infiltrativo sull'incapace (interdetto - inabilitato - amministrato)

cognome e nome

Data, ___ / ___ / _____

Firma _____

Gennaio 2023



Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon **Sede Operativa:** 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon **Sede Operativa:** 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa **Sede Operativa:** 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli **Sede Legale:** 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833

Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.

www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it