

Dichiarazione di ricevuta informazione e CONSENSO PER INFILTRAZIONI

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

Provincia di _____ il ___ / ___ / _____

In base a quanto indicato in premessa per l'esecuzione del seguente trattamento:

- **Infiltrazioni articolari e periarticolari:** tecnica di iniezione diretta nello spazio sinoviale, nello spazio periarticolare o nelle borse di farmaci (corticosteroidi, anestetico) e/o altre sostanze (acido ialuronico e ossigeno-ozono);

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:

- Dolore;
- Infezione;
- Sanguinamento;
- Reazioni allergiche;
- Reazioni vagali;
- Atrofia e/o depigmentazione cutanea;
- Eritema;
- Tumefazione;
- Altri sintomi legati a particolari condizioni cliniche.

Dichiara, inoltre, di averne ben compreso il significato.

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