

## Consenso Informato per Infiltrazione

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, e il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione. È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare e in particolare abbia ben presente quanto Le viene sottoposto. Di seguito Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile per rendere comprensibile ed esauriente l'esposizione. Se lo ritenesse necessario, non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Luogo: ... [redacted] .....

Data: ... 16./09/2019

Il sottoscritto [redacted]

nato a [redacted] il 16/05/1974

acconsente ad essere sottoposto a **TRATTAMENTO INFILTRATIVO** con la seguente sostanza:

**cortisone**  
**autologo addominale**

**cellule mesenchimali prelevate da tessuto adiposo**  
**acido ialuronico**

essendo stato informato/a dal Dott. TORO della natura della procedura che consiste nell'introdurre con ago la sostanza proposta nella regione dolente.

Dichiara di essere informato del fatto che tale procedura può essere accompagnata da complicazioni.

Gli effetti indesiderati che si possono verificare e di cui il malato deve essere a conoscenza sono:

- infezioni superficiali
- artrite settica
- recidiva del versamento articolare
- emartro
- ecchimosi sottocutanea
- dolore locale
- atrofia cutanea e sottocutanea
- effetti sistemici quali rialzo della glicemia e della pressione sanguigna

Ha potuto discutere con gli operatori tutti i dettagli che sono stati richiesti dal sottoscritto.

È stato adeguatamente istruito sul comportamento da tenere durante l'esecuzione dell'infiltrazione.

Conferma che nella raccolta dei dati ha menzionato tutti i disturbi noti, antecedenti e attuali (allergie,

cardiopatie, disturbi della coagulazione e/o della circolazione, disturbi d'ansia, eventuali protesi o parti metalliche, stato di gravidanza).

Dichiara che, dopo aver ricevuto tutte le informazioni sopra citate, ha avuto tempo per porre ulteriori domande e per ripensare alle informazioni ricevute.

**È stato informato del diritto di poter ritirare il suo consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.**

Preso atto di quanto sopra, confermo che il Dott. TORO..... mi ha illustrato la natura della procedura diagnostica a cui verrò sottoposto, il metodo con il quale viene attuata, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a essa connessa, le eventuali alternative possibili, nonché di aver avuto la possibilità di chiarire ogni mio dubbio relativo alla procedura.

Mi sono state segnalate le procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi, i rischi e i benefici e sono consapevole di averle rifiutate.

Acconsento all'utilizzazione per scopi scientifici ed educativi dei dati ottenuti dalla procedura a cui verrò sottoposto nel pieno rispetto della Legge sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche).

Firma . 

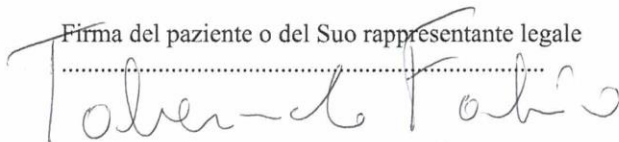
Non acconsento all'utilizzazione per scopi scientifici ed educativi dei dati ottenuti dalla procedura a cui verrò sottoposto.

Firma .....

Mi viene confermato che sarà presente durante l'esecuzione della procedura personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate apparecchiature e strumentazioni tecniche conformi alle necessità specifiche.

Certifico di essere maggiorenne. Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età esprimo egualmente il mio consenso e i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmeranno unitamente a me il presente modulo dopo aver ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Firma del paziente o del Suo rappresentante legale



Firma del Medico

