

 A.O. S.Croce e Carle Cuneo	MOD_{RDG_AO_005} Trattamento ecoguidato di litoclasia intratendinea percutanea	Data prima emissione: 27/07/2020 Data ultima revisione: Revisione n. 00
--	---	---

NOTA INFORMATIVA – CONSENSO INFORMATO

TRATTAMENTO ECOGUIDATO DI LITOCLASIA INTRATENDINEA PERCUTANEA

In data da parte del personale del Reparto di Radiodiagnostica dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle - Cuneo mi è stata consegnata copia del presente modulo al fine di consentire un'attenta lettura e valutazione di quanto esposto di seguito.

Indicazioni al trattamento

Viene eseguito in base ad esami radiografici e/o ecografici in possesso del Pz che dimostrino la presenza di calcificazioni intratendinee.

Il Pz dichiara di essere informato che questa malattia comporta dolore e difficoltà al movimento a causa delle possibili reazioni infiammatorie scatenate dalla presenza di calcificazioni intratendinee; è anche consapevole che la procedura di litoclasia ecoguidata rappresenta una modalità minimamente invasiva che consente di asportare la maggior parte del materiale calcifico intratendineo o quantomeno di promuoverne il riassorbimento spontaneo, e che può essere eventualmente ripetuta secondo l'andamento clinico.

Il trattamento viene solitamente consigliato dal Medico Specialista come alternativa alla bonifica artroscopia o alle terapie fisiche.

Come si svolge?

Il trattamento verrà eseguito sotto costante monitoraggio ecografico secondo tutte le migliori procedure di igiene e tutte le attenzioni in fatto di diligenza per ottenere la massima efficacia e limitare i disturbi e le possibili complicanze. Previa preliminare rivalutazione ecografica della regione anatomica di interesse si procede ad accurata disinfezione cutanea; si effettua anestesia locale, sottocutanea, intrabursale e pericalcifica mediante ago sottile (20-22 G); si posizionano quindi uno o due aghi (18 o 20 G) all'interno delle calcificazioni (se integre) e si effettua una ripetuta irrigazione delle stesse mediante soluzione fisiologica per asportare il materiale calcifico; nel caso la calcificazione si sia già frammentata spontaneamente, si procede ad ulteriore frammentazione della stessa con ago singolo allo scopo di accelerarne il riassorbimento spontaneo; si introducono 2 ml di acido ialuronico a basso peso molecolare e 1 ml di corticosteroide a lento rilascio (40 mg/ml) nella borsa sottoacromiale; infine si effettua ulteriore disinfezione cutanea e medicazione locale.

Si consiglia applicazione di ghiaccio per 24/48 ore dopo la procedura ed eventualmente assunzione di antinfiammatori e/o analgesici secondo necessità.

Nelle settimane successive è consigliabile riposo relativo dai carichi e rivalutazione clinica fisiatrica per eventuale esecuzione di cicli di fisiokinesiterapia attiva e/o passiva.

Controindicazioni, limitazioni, complicanze ed eventuali alternative terapeutiche

Non esistono controindicazioni assolute ma il medico Radiologo responsabile della procedura dovrà valutare la situazione di ciascun Paziente sulla base di quanto riportato sulla richiesta medica e sugli esami in visione per accertarsi dell'appropriatezza dell'indagine.

Alcune malattie o particolari stati di salute possono aumentare i rischi di complicanze periprocedurali: *decadimento generale, immunodepressione o terapie immunosoppressive, malattie infettive in atto, disturbi della coagulazione, trattamenti che agiscono sulla coagulazione, gravidanza, diabete scompensato.*

Il Paziente deve dichiarare di non essere in una o più di tali condizioni o di averlo comunicato allo Specialista che ha prescritto il trattamento infiltrativo.

 A.O. S. Croce e Carle Cuneo	MOD_{RDG_AO_005} Trattamento ecoguidato di litoclasia intratendinea percutanea	Data prima emissione: 27/07/2020 Data ultima revisione: Revisione n. 00
---	--	---

Anche con la migliore esecuzione e rispettando tutte le precauzioni, sono possibili alcuni inconvenienti come i seguenti:

- disturbi locali nella sede di infezione: dolore, gonfiore, calore, rossore, sanguinamento / ematoma (solitamente moderati, sopportabili e transitori)
- reazioni allergiche locali o generalizzate (che in linea teorica – per quanto improbabile – possono essere anche molto gravi e comportare shock)
- infezioni locali o intrarticolari (la letteratura riporta il tasso di incidenza da 1/3000 a 1/100000, con necessità di trattamento antibiotico prolungato e, nei casi più gravi, di eventuali interventi chirurgici).

Nel caso compaiano segni anche soltanto sospetti di questi inconvenienti il Pz dichiara di avvisare prontamente il Medico di riferimento.

Il Paziente dichiara inoltre di essere edotto circa le possibili alternative terapeutiche (bonifica artroscopia, terapie fisiche).

Indicazioni bibliografiche

S.I.R.M.: Società italiana Radiologia Medica – home page al sito <http://www.sirm.org>

Diagnosi

.....
Tutto ciò premesso, il/la Sottoscritto/a....., con la presente **dichiara** di non presentare controindicazioni al trattamento, di aver letto e compreso quanto esposto nel presente modulo e di aver ricevuto dal **Dott./Prof.**..... **(in stampatello)** ogni ulteriore informazione in merito: al tipo di trattamento diagnostico e/o terapeutico; alle modalità di esecuzione dello stesso; ai vantaggi al fine di una precisa diagnosi, ai rischi ad essa correlati; alle alternative terapeutiche sia farmacologiche che chirurgiche, rispondendo esaurientemente ad ogni mio quesito e richiesta di precisazioni in merito a:

.....
illustrandomi quali sarebbero le conseguenze qualora decidessi di NON effettuare tale accertamento/procedura e di essere, conseguentemente, in grado di esprimere una consapevole scelta.

Tutti i dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del d.lgs 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", come successivamente integrato e modificato.

Alla luce di quanto esposto, in data **il/la Sottoscritto/a dichiara di**

ACCETTARE **DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA SEGUENTE PROCEDURA** **DIAGNOSTICA E/O TERAPEUTICA:**

X	Tipo di esame\intervento	Firma del paziente
	Litoclasia percutanea e/o introduzione di farmaci in sede intratendinea/intrarticolare	

Per l'esecuzione ottimale del trattamento, sono stati utilizzati i seguenti farmaci:

.....
.....

Informativa: dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato.

Data.....

Timbro e firma del Medico.....

Il medico Radiologo è a disposizione per qualsiasi chiarimento al n. tel.: 0171 / 641084/86.