NOTA INFORMATIVA PER INFILTRAZIONE MUSCOLOSCHELETRICA ECOGUIDATA

Gentile Signora/e,
il Suo medico ha formulato per Lei la richiesta di infiltrazione farmacologica ecoguidata.
Si tratta di una procedura terapeutica mini-invasiva che utilizza la guida ecografica e consiste nell'iniezione percutanea, preceduta da una possibile anestesia locale, di una o più sostanze farmacologiche al fine di alleviare il dolore o ridurre l'infiammazione. La guida ecografica garantisce sicurezza e precisione dell'iniezione, consentendo all'operatore di visualizzare il bersaglio dell'infiltrazione e il percorso da seguire per evitare strutture sensibili.

INFORMAZIONI MEDICHE IMPORTANTI: Prima della procedura è fondamentale informare il personale medico di eventuali allergie, condizioni mediche preesistenti, e l'uso di terapie anticoagulanti e/o antidiabetiche.

PROCEDIMENTO: Il/La paziente viene posizionato/a in una posizione confortevole, e la zona da trattare viene sterilizzata. In genere, una piccola quantità di anestetico locale viene somministrata nella zona da trattare per ridurre il disagio durante l'iniezione successiva. Un ago sottile viene inserito nella zona bersaglio e la sostanza farmacologica viene iniettata con precisione sotto guida ecografica.

REAZIONI AVVERSE: Come in ogni procedura medica, esiste un rischio di reazioni avverse. Le infiltrazioni possono causare crisi vagale, temporaneo dolore, ematoma o infezione nella zona trattata, atrofia della cute e del sottocute o lesioni di strutture anatomiche come tendini/aponeurosi. In rari casi possono verificarsi reazioni allergiche o infezioni. È fondamentale discutere con il medico eventuali preoccupazioni o sintomi anomali successivi all'infiltrazione.

RACCOMANDAZIONI POST-PROCEDURA: Si consiglia di limitare le attività fisiche intense per almeno 48 ore. In caso di dolore, è possibile applicare del ghiaccio avvolto in un panno sottile sulla zona trattata per 15-20 minuti ogni ora durante le prime 24-48 ore e/o assumere antidolorifici qualora non ci siano controindicazioni specifiche.

Io sottoscritto/a _____, presa visione delle presenti informazioni, conscio/a dei rischi e delle controindicazioni dell'infiltrazione muscoloscheletrica, acconsento a sottopormi alla procedura.

Luogo e data _____

Firma _____