



CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ABLAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA CALCIFICAZIONE DI SPALLA DOLOROSA

Gentile Paziente.

L'ablazione percutanea ecoguidata della calcificazione dolorosa di spalla è una procedura, eseguita in regime ambulatoriale, che prevede il posizionamento di 2 aghi all'interno della calcificazione, sotto anestesia locale, con lo scopo di frammentare e determinare fuoriuscita di parte del materiale calcareo della calcificazione. I dati riportati in letteratura dimostrano un buon miglioramento clinico della risoluzione della sintomatologia nel 75-80% dei trattamenti. Al termine del trattamento si effettua un'infiltrazione di antinfiammatori steroidei e lidocaina in borsa subacromiale. Al termine della procedura Lei verrà tenuta in osservazione per un periodo di circa 30 minuti.

Alcuni giorni dopo il trattamento si consiglia di eseguire ciclo di chinesioterapia per il recupero funzionale della spalla.

Lei dichiara di essere stato informata/o in modo esauriente riguardo :

- alla necessità di assumere una compressa di antibiotico la sera precedente al trattamento (Augmentin o Zimox o Macladin) e per 5 giorni a seguire.
- la natura e lo scopo del trattamento.
- la possibilità di un transitorio dolore nei primi giorni successivi al trattamento per il quale può assumere dei farmaci antidolorifici al bisogno.
- le possibili complicanze da cause note o ignote, come le reazioni allergiche e le infezioni.
- ai possibili disagi che si possono verificare durante il trattamento.
- al fatto che si associano alcuni giorni dalla fine del trattamento delle sedute di FKT per recuperare la funzionalità della spalla e togliere i compensi muscolari.
- alla possibilità di effettuare tutte le domande che ritiene necessarie e che tutte le sue domande sono state riposte in modo completo.
- essendo la risposta ai trattamenti medici necessariamente individuale, non è possibile garantire alcun risultato a priori.

La/Il sottoscritta/o _____

nato a _____ il _____

dichiara di aver ricevuto chiare ed esaurienti spiegazioni riguardo il trattamento proposto e autorizza il Dr. Lela Elvis ad eseguire il trattamento.

Con la firma del presente modulo dò il consenso al trattamento dei dati personali.

Il Paziente _____

Data _____