

Dr. LELA ELVIS

*Specialista in Radiodiagnostica
Medico Responsabile Valsugana Rugby Padova
Medico Responsabile Virtus Basket Padova
Medico Sociale Benetton Rugby Treviso
Via S. Maria Assunta 58, 35125 Padova
Ord. Med. PD 10552—CF. LLELVS84B05Z100V
www.elvislela.it*

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA NEUROMA DI MORTON

Gentile Paziente.

L'alcolizzazione ecoguidata del neuroma di Morton è una procedura, eseguita in regime ambulatoriale, che prevede il posizionamento di un ago sottile all'interno del neuroma e l'iniezione di una miscela di Alcol e Lidocaina che determina una neurolisi chimica della terminazione nervosa. Il trattamento prevede 3 (in alcuni casi 4) infiltrazioni distanziate da loro da alcune settimane. I dati riportati in letteratura dimostrano un buon miglioramento clinico della risoluzione della sintomatologia nel 75-80% dei trattamenti. Al termine del trattamento residua una riduzione della sensibilità cutanea della porzione delle due dita del piede afferenti allo spazio interessato. Il risultato va valutato clinicamente a distanza di circa 2 mesi dalla fine del trattamento, a quadro sintomatologico stabilizzato.

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

- la natura e lo scopo del trattamento.
- la possibilità di un transitorio senso di bruciore della durata di 20-30 sec all'inizio della procedura, alla comparsa di piccoli ematomi nella sede della puntura e di un dolore acuto nei giorni successivi al trattamento legato ad un esuberante risposta infiammatoria dei tessuti molli attorno all'area trattata.
- le possibili complicanze da cause note o ignote, come le reazioni allergiche e le infezioni.
- ai possibili disagi che si possono verificare durante il ciclo di infiltrazioni.
- al fatto che spesso si associano alla fine del trattamento delle sedute di FKT anti-infiammatoria per accelerare la risoluzione della possibile residua irritazione tessutale.
- il fatto che il trattamento infiltrativo non preclude in alcun modo l'eventuale intervento chirurgico nei casi in cui non si sia ottenuto il desiderato successo terapeutico.
- la 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 sottoscritto/a _____

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 _____