

## 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 ALLA PROLOTERAPIA ECOGUIDATA

(Approvato dalla SIPRO)

Gentile Paziente.

La “Proloterapia” è una terapia infiltrativa rigenerativa (con iniezioni di una soluzione di glucosio, previa anestesia locale) di tendini, legamenti ed articolazioni.

Tale terapia serve a rinforzare queste strutture che, diventate deboli ed instabili, provocano dolore di tipo cronico con riduzione della funzionalità muscolare ed articolare.

La Proloterapia provoca una flogosi locale che stimola una risposta infiammatoria con conseguente neoangiogenesi e aumento dei fattori di crescita nella sede in cui viene iniettata; come conseguenza si ottiene un rinforzo delle strutture tendinee e legamentose con risoluzione del dolore muscolo-scheletrico.

La Proloterapia rientra nella medicina alternativa del dolore muscolo scheletrico, essendo scientificamente provata ed ampiamente utilizzata anche in strutture universitarie, quali l’University of Wisconsin Medical School in Madison, Wisconsin (USA).

Per la natura pro-infiammatoria di questa terapia si può avere un aumento transitorio del dolore e, seppur raramente, una temporanea inabilitazione. Per tale motivo, in caso di dolore transitorio, si consiglia l’utilizzo di medicinali analgesici (Tachipirina, Tachidol) e non di FANS (Oki, Brufen).

Le complicanze e gli effetti collaterali sono rari e modesti, ma sono possibili reazioni vaso-vagali con svenimento, ematomi in sede di puntura, infezioni, cefalea nelle infiltrazioni del rachide e febbre. E’ possibile altresì la reazione allergica.

Lei dichiara di:

-aver informata/o il medico della sua storia clinica, passata e presente, dei farmaci che assume e di quelli che le provocano reazioni avverse.

-essere stata/o informata/o delle caratteristiche della terapia, delle soluzioni che vengono usate durante il trattamento, della loro efficacia, degli eventuali effetti collaterali e dei costi.

-essere stata/o informata/o dell’utilizzo “**off label**” del Glucosio per questa terapia infiltrativa.

-essere stata/o informata/o che, 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 \_\_\_\_\_