

Consenso Informato a Procedura Infiltrativa

Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dott che per la patologia riscontratami:

.....
è opportuna l'esecuzione di: INFILTRAZIONE ECOGUIDATA DELL'ANCA CON
CONCETRATO EMOPOIETICO DI CELLULE MESENCHIMALI

Dichiaro di essere stato/a informato/a che questo intervento espone a **rischi generici connessi a qualsiasi tipologia di intervento (infezioni del sito, artriti settiche, reazioni allergiche ai farmaci, flebo-trombosi, embolia grassosa, complicanze cardiocircolatorie).**

Sono altresì consapevole che l'anca potrebbe permanere tumefatta per diversi giorni dopo la procedura, con conseguente residua dolenzia dell'articolazione.

La tecnica utilizzata prevede il prelievo di cellule dalla cresta iliaca o dal tessuto grasso peri-ombelicale, l'utilizzo del sistema di concentrazione della popolazione mononucleata e un'iniezione del concentrato di cellule mesenchimali per via percutanea con tecnica eco-guidata.

Sono stato inoltre informato sulle modalità di prelievo e lavorazione del campione di sangue per la procedura di Trattamento Autologo con cellule mesenchimali.

Sono consapevole che **la gravità del danno cartilagineo** potrebbe essere causa del persistere della sintomatologia dolorosa. Sono consapevole che **il processo degenerativo artrosico non potrà comunque essere arrestato del tutto e ciò potrà determinare in futuro la necessità di eventuali ed ulteriori procedure infiltrative e/o chirurgici nel tempo.**

Sono stato/a inoltre informato/a che **la buona riuscita della procedura richiede un adeguato programma di riabilitazione.**

Di quanto prospettato mi sono stati spiegati:

gli obiettivi

i benefici

gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze

Sono comunque consapevole che, presentandosi un pericolo imminente e non altrimenti evitabile, con rischio di danno grave alla mia persona, verranno poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo.

Ciò premesso, acconsento al trattamento proposto.

Firma leggibile del medico curante

Dichiaro di aver letto, aver compreso e valutati i rischi connessi alla procedura e di accettare i punti precedentemente esposti che ho riletto attentamente.

Firma leggibile del degente