

Io sottoscritto/a:

COGNOME	NOME	NATO A :	IL
---------	------	----------	----

Con la presente autorizzo il Dottor _____ ad eseguire il trattamento di (barrare la voce che interessa) :

MESOTERAPIA.

EFFETTI COLLATERALI: iniezione cutanea – depigmentazione cutanea (solo con l'uso di cortisone) – ipo-anestesia della zona trattata (transitoria per effetto dell'anestetico locale) – fenomeni ipotensivi per effetto dell'anestetico locale – transitorio.

CONTROINDICAZIONI: ipersensibilità e/o allergia e/o intolleranza verso uno dei componenti (prevalentemente anestetico locale: lidocaina o FANS).

Concedo il mio permesso per l'effettuazione della prestazione, autorizzando l'utilizzo di anestetici locali o altro farmaci e sostanze ritenute idonee e/o necessari per l'effettuazione della stessa prestazione.

- INFILTRAZIONE PERIARTICOLARE CON STEROIDE ED ANESTETICO LOCALE.**
- INFILTRAZIONE ENDOARTICOLARE CON STEROIDE ED ANESTETICO LOCALE**
- INFILTRAZIONE ENDOARTICOLARE di viscosupplementazione con acido ialuronico**
- ASPIRAZIONE BORSA**
- ARTROCENTESI**

Dichiaro di essere stato/a messo al corrente in modo chiaro ed esaustivo delle possibili complicanze di questo atto medico, seppur rare, che possono verificarsi.

Il medico mi ha chiesto se sono a conoscenza di aver mai sviluppato prima d'ora, allergie – intolleranze o reazioni anafilattiche a farmaci o sostanze chimiche.

Sono a conoscenza che tale prestazione comporta l'introduzione di un ago nelle vicinanze di strutture tendinee, articolazioni o all'interno di un'articolazione, in particolare relativamente alla infiltrazione endoarticolare di viscosupplementazione con acido ialuronico sono stato informato che lo scopo è quello di apportare un nutrimento alle cartilagini articolari e/o alle strutture tendinee per il miglioramento della capacità viscoelastica del liquido sinoviale.

Il medico mi ha spiegato che tale procedura è generalmente sicura ma alcuni rischi possono accompagnare tale manovra:

- dolore associato alla procedura nel caso in cui l'ago inserito impatti la superficie articolare;
- danno a un nervo periferico o alla superficie articolare dovuto all'ago o alla medicazione;
- complicanza di tipo infettivo, solo in rari casi;
- aumento del dolore articolare dopo l'iniezione del farmaco per reazioni infiammatorie post inettive;
- discromia cutanea nella sede dell'iniezione del farmaco.

- TRATTAMENTO AGOPUNTURALE PER _____.**
- MAXIBUSTIONE**

Sono a conoscenza che tale prestazione comporta l'introduzione di un ago nel tessuto dermico e muscolare e/o il riscaldamento dello stesso o di zone cutanee con sigaro di moxa.

Il medico mi ha spiegato che tale procedura è generalmente sicura ma alcuni rischi possono accompagnare tale manovra:

- dolore, bruciore locale, ipoestesia o sensi di tensione locale associato alla procedura;
- danno a un nervo periferico o alla superficie articolare dovuto all'ago o alla medicazione;
- complicanza di tipo infettivo, solo in rari casi;
- aumento del dolore articolare dopo l'iniezione del farmaco per reazioni infiammatorie post inettive;
- discromia cutanea nella sede dell'iniezione del farmaco;
- complicanze gravi dovute alla lesione di organi o strutture solo in rari casi;
- in alcuni casi di possono essere reazioni vaso-vagali;
- rari casi di aumento del dolore dopo le prime sedute;
- reazioni dermatologiche locali o nelle zone limitrofe all'introduzione dell'ago;
- ustione cutanea e discromia cutanea nella sede dell'applicazione della moxa.

- INFILTRAZIONE PERIARTICOLARE di viscosupplementazione.**
- INFILTRAZIONE ENDOARTICOLARE di viscosupplementazio**

Sono a conoscenza che tale prestazione comporta l'introduzione di un ago nelle vicinanze di strutture tendinee, articolazioni o all'interno di un'articolazione, in particolare relativamente alla infiltrazione endoarticolare di viscosupplementazione con acido ialuronico sono stato informato che lo scopo è quello di apportare un nutrimento alle cartilagini articolari e/o alle strutture tendinee per il miglioramento della capacità viscoelastica del liquido sinoviale.

Il medico mi ha spiegato che tale procedura è generalmente sicura ma alcuni rischi possono accompagnare tale manovra:

- dolore associato alla procedura nel caso in cui l'ago inserito impatti la superficie articolare;
- danno a un nervo periferico o alla superficie articolare dovuto all'ago o alla medicazione;
- complicanza di tipo infettivo, solo in rari casi;
- aumento del dolore articolare dopo l'iniezione del farmaco per reazioni infiammatorie post inettive;
- discromia cutanea nella sede dell'iniezione del farmaco.

Dichiaro di essere stato/a messo al corrente in modo chiaro ed esaustivo delle possibili complicanze di questo atto medico, seppur rare, che possono verificarsi.

Il medico mi ha chiesto se sono a conoscenza di aver mai sviluppato prima d'ora, allergie – intolleranze o reazioni anafilattiche a farmaci o sostanze chimiche.

Sono a conoscenza delle condizioni avverse che potrebbero alterare il piano della procedura.

Sono stato informato su comportamenti da evitare al fine di evitare successive complicanze all'atto medico ed eventuali effetti collaterali e controindicazioni.

Concedo il mio permesso per l'effettuazione della prestazione, autorizzando l'utilizzo di anestetici locali o altro farmaci e/o sostanze ritenute idonee e/o necessarie per l'effettuazione della stessa prestazione.

Mira, _____

FIRMA DEL PAZIENTE :	FIRMA DEL MEDICO :
FIRMA DEL FACENTE LEGALMENTE LE VECI	