

 <b>CENTRO MEDICO SPECIALISTICO</b> Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	<b>INFORMATIVA E CONSENSO</b> <b>INFILTRAZIONE PERIDURALE ANTALGICA</b>	<b>INFO_AMB-026</b> Rev. 0 del 16.01.25

Gentile Paziente \_\_\_\_\_,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico. La procedura terapeutica consigliata di **INFILTRAZIONE PERIDURALE ANTALGICA** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata. È importante che riferisca al medico, con verità e senza omissioni, tutte le informazioni anamnestiche che le verranno richieste e che si attenga alle indicazioni ricevute su eventuali sospensioni o modifiche della terapia.

### INFORMAZIONI GENERALI SULLA INFILTRAZIONE PERIDURALE ANTALGICA

L'infiltrazione peridurale antalgica consiste nell'iniezione di steroidi (derivati del cortisone) e anestetico locale nello spazio peridurale della colonna vertebrale, in prossimità delle radici nervose che possono essere coinvolte nel dolore lombare o nella lombosciatalgia. Questo trattamento è indicato nei seguenti casi:

- quando siano presenti i segni di una irritazione radicolare di origine benigna
- quando la sintomatologia non è controllata con la terapia analgesica per via sistemica o infiltrativa standard
- per ridurre lo stato flogistico con dosi minori di cortisonico, rispetto a quelle necessarie per via sistemica.

L'obiettivo principale dell'infiltrazione peridurale è quello di ridurre l'intensità del dolore. Il sollievo può essere immediato o comparire gradualmente entro qualche giorno. Nel caso in cui il deficit delle funzionalità motorie dell'arto interessato sia principalmente legato all'entità dei sintomi dolorosi, il recupero delle funzioni motorie rappresenta un obiettivo secondario. Questo approccio si rivela utile sia dal punto di vista terapeutico che diagnostico, consentendo al medico di identificare la struttura responsabile della generazione del dolore. Il paziente rimarrà disteso su una barella per almeno 20 minuti dopo l'infiltrazione (salvo diversa indicazione medica) e prima della dimissione saranno ricontrollati i parametri vitali e verrà poi rimosso l'accesso venoso.

### MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TRATTAMENTO

Generalmente viene eseguito con paziente in posizione seduta con la schiena flessa e, previa disinfezione della cute, si prepara un campo sterile in corrispondenza della regione di ingresso dell'ago nella cute, sulla schiena. Per abolire la percezione di dolore si effettua un'anestesia locale mediante una piccola quantità di anestetico locale che verrà utilizzata per intorpidire la pelle nella zona in cui sarà effettuata l'iniezione. Viene successivamente introdotto nella cute un ago sino allo spazio peridurale, ove si inietta la miscela di steroide e anestetico locale. È normale avvertire un po' di dolore o sensazione di pressione temporanea nella zona trattata. dopo l'iniezione, il paziente verrà monitorato per un breve periodo per garantire che non ci siano complicazioni in genere lievi e transitorie. È possibile avvertire un lieve senso di intorpidimento o di debolezza alle gambe, alle braccia o a livello della regione infiltrata dopo l'iniezione. Questo è un effetto temporaneo legato all'uso dell'anestetico locale e si risolve in genere nell'arco di poco.

### FATTORI DI RISCHIO DEL TRATTAMENTO E POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

Come per qualunque procedura medica sono descritte delle complicanze. Le più comuni sono lievi e di natura transitoria. A titolo di esempio riportiamo: dolore durante l'iniezione, transitorio aumento del dolore dopo l'iniezione, persistenza della sintomatologia dolorosa, mal di testa post-iniezione. In letteratura sono altresì riportate come possibili le seguenti ulteriori complicanze:

- durante il posizionamento dell'ago si può forare la dura madre con conseguente perdita di liquor: ciò può essere causa di cefalea posturale per la durata di giorni e a volte di settimane, o di una esecuzione inaspettata di anestesia di tipo subaracnoidea.
- la possibile perforazione di piccole arterie e vene può determinare la formazione di ematomi peridurali che, limitatamente alle peridurali cervicali e dorsali, potrebbero determinare compressione del midollo spinale.

Dopo l'infiltrazione non ci sono particolari precauzioni. In genere viene raccomandato di non guidare nell'immediato post-blocco e di stare a relativo riposo nelle ore successive (non è indicato il riposo a letto). Non ci sono limitazioni dopo 24 ore salvo quelle già presenti prima dell'infiltrazione.

### POSSIBILI CONTROINDICAZIONI DELLA INFILTRAZIONE PERIDURALE ANTALGICA

Prima di eseguire il trattamento è necessario informare il sanitario circa l'eventuale presenza di una delle seguenti situazioni, al fine di identificare possibili controindicazioni ed individuare le opportune alternative terapeutiche:

<b>ALLERGIE A FARMACI</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>PROBLEMI DI COAGULAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>IMPORTANTI DEFORMITA' DELLA COLONNA (AD ES. SCOLIOSI GRAVI)</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>STENOSI DEGENERATIVE DEL CANALE VERTEBRALE</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>DEFICIT NEUROLOGICO (AD ES. DISTURBO DI FORZA DEL PIEDE)</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>

 <b>CENTRO MEDICO SPECIALISTICO</b> Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	<b>INFORMATIVA E CONSENSO</b> <b>INFILTRAZIONE PERIDURALE ANTALGICA</b>	<b>INFO_AMB-026</b> Rev. 0 del 16.01.25

**ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL PAZIENTE**

Ho discusso con il medico dei possibili rischi e delle eventuali prevedibili conseguenze specificamente connessi con la situazione che mi riguarda e ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito all'atto sanitario in argomento. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di rischi che la stessa potrebbe comportare. Sono altresì informato che, nel caso in cui rifiutassi di effettuare il trattamento proposto dal medico, potrebbe essere valutata l'opportunità di eseguire un trattamento alternativo laddove possibile, essendo tuttavia informato che la non esecuzione potrebbe implicare: 1) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; 2) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

**DATI IDENTIFICATIVI**

NOMINATIVO:	
DATA DI NASCITA:	
NOMINATIVO DEL / DEI GENITORI O TUTORE LEGALE SE MINORE/INCAPACE:	

**DATI SANITARI**

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA E/O DELLA ESIGENZA CLINICA

.....

.....

**MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA INFILTRAZIONE PERIDURALE ANTALGICA**

Io, sottoscritto/a ..... dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a circa la necessità di sottopormi alla INFILTRAZIONE PERIDURALE ANTALGICA. Ho dunque ricevuto informazioni, chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico responsabile dell'atto sanitario, letto e compreso la descrizione riportata sul presente modulo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame. Dichiaro inoltre di aver osservato le indicazioni riportate nel modulo di preparazione all'esame. Sulla base delle informazioni apprese mediante l'informativa che precede il presente documento, nonché sulla base delle spiegazioni chiare e comprensibili ricevute durante il colloquio con il/la Dott. / D.ssa. .... sulle modalità, le indicazioni, le controindicazioni dell'esame ed i rischi connessi, il/la sottoscritto/a in qualità di:

- diretto interessato al trattamento
- tutore di .....
- esercente la responsabilità genitoriale su .....

<input type="checkbox"/> <b>acconsente</b>	<input type="checkbox"/> <b>non acconsente</b>
--	--

Alla INFILTRAZIONE PERIDURALE ANTALGICA e dichiaro che la firma sul presente stampato sigilla solo il percorso di informazione avuto con il sanitario che mi tratta, ben più lungo e completo di quanto viene qui sintetizzato per brevità. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Concordo sul fatto che la pratica medica e chirurgica non sia una scienza esatta dipendendo in parte dalle variabili soggettive del paziente che per definizione è unico. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili. Preso atto di tutte le informazioni ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una decisione consapevole.

**Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):** .....

Confermo di aver spiegato la natura e lo scopo dell'atto sanitario in oggetto con particolare riferimento alle modalità di esecuzione, benefici e rischi ad esso connessi.

**Firma del medico:** .....