

## NOTA INFORMATIVA PER ARTROCENTESI

L'artrocentesi (diagnostica e terapeutica), consiste nell'introduzione di un ago, collegato ad una siringa, nel cavo articolare, per poter aspirare il liquido sinoviale (LS) presente in eccesso nell'articolazione stessa.

Questa procedura permette al medico di esaminare il liquido sinoviale e quindi facilitare la diagnosi e, allo stesso tempo, di eseguire un atto terapeutico consentendo la detenzione dell'articolazione, e diminuendo così il dolore e l'impotenza funzionale.

**COMPLICANZE:** sono minime se vengono rispettate le corrette norme igieniche durante l'esame. Può tuttavia capitare, in rarissimi casi, l'insorgere di un'infezione dell'articolazione in quanto si tratta pur sempre di una procedura invasiva.

**Firma del Paziente (o del Tutore)**

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

dichiaro con la presente che:

- Mi è stato comunicato che può essere utile il ricorso all'artrocentesi, metodica alla cui applicazione io acconsento in base a quello che mi è stato illustrato, relativamente ai rischi, agli effetti e alle conseguenze, anche negative, che ne possono derivare, come spiegato nella nota informativa (vedi sopra).
- Ho potuto porre al Medico dott. \_\_\_\_\_ le domande che ritenevo opportune e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili.
- Sono consapevole che posso anche cambiare idea, e non proseguire nell'applicazione del protocollo in oggetto, revocando quindi per iscritto il presente consenso, ed accettando le conseguenze cliniche che da tale decisione possono derivare, per esempio la mancata diagnosi del mio disturbo, con eventuale possibile peggioramento del mio stato di salute.
- Dichiaro inoltre di aver letto e compreso in tutte le sue parti il presente documento.

Udine, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma del Paziente (o del Tutore)**

**Firma del Medico**

---

**ATTO DI REVOCA** del consenso all'artrocentesi.

Con la presente, si revoca il consenso sopra espresso.

Udine, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Il Paziente (o Tutore) \_\_\_\_\_ Il Medico \_\_\_\_\_