

5.5 CONSENSO INFORMATO PER MESOTERAPIA – AGOPUNTURA – INFILTRAZIONI ARTICOLARI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ in provincia di _____ il _____

accetto di sottopormi al/i trattamento/i sottoriportato/i, dopo essere stato/a informato/a delle modalità, rischi ed effetti collaterali, dei risultati ottenibili, delle alternative possibili anche in termini percentuali. Dichiaro, inoltre, di avere informato il medico di tutta la mia situazione clinica e in particolare di eventuali controindicazioni al trattamento.

- **MESOTERAPIA:** tecnica terapeutica che si effettua usando sia farmaci tradizionali sia componenti omeopatici, i quali vengono introdotti in piccolissime quantità nella cute tramite iniezioni intradermiche multiple in corrispondenza delle zone affette da dolore e limitazione di movimento.
- **AGOPUNTURA:** consiste nel trattamento terapeutico mediante infissione di aghi nell'epidermide in determinati punti del corpo posti lungo i cosiddetti "meridiani".
- **INFILTRAZIONI ARTICOLARI E PERIARTICOLARI:** consiste nell'iniezione diretta di un farmaco nello spazio sinoviale, cioè nell'articolazione o nelle borse mucose.

I rischi di tali terapie, anche se rari, sono i seguenti:

- Dolore
- Infezione
- Sanguinamento, ecchimosi, ematomi
- Reazioni allergiche (ai farmaci o ai materiali medicali)
- Reazioni vagali (svenimenti)
- Atrofia cutanea e/o depigmentazione della cute anche a distanza di mesi
- Altri e specificati in conseguenza di particolari condizioni cliniche

Ho ricevuto copia conforme a quella da me sottoscritta ed esprimo il mio consenso libero, personale ed informato ai trattamenti sopra proposti.

FIRMA PAZIENTE _____

FIRMA DEL MEDICO _____

DATA _____