Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

1. **Descrizione** **del trattamento:**

Il trattamento percutaneo discale cervicale o lombare tratta prioritariamente il dolore (percentuale di successo parziale e totale di circa 80%) e può affiancarsi ad altre terapie di tipo conservativo, quali fisioterapia, applicazioni laser, agopuntura, magnetoterapia ecc. Suscettibili di questo tipo di trattamento sono le condizioni cliniche dolorose correlate ad alterazioni delle articolazioni vertebrali, siano esse dovute ad una patologia degenerativa della colonna (artrosi) o alla presenza di un vero conflitto disco - radicolare (ernia del disco). La letteratura scientifica riconosce ampiamente a queste tecniche un’efficacia terapeutica almeno pari a quella di altri trattamenti non chirurgici.

La procedura è eseguita prevalentemente sotto guida fluoroscopia (radiologica) o con guida TC.

Il paziente viene disteso in posizione prona (pancia in giù) o in decubito laterale (sul fianco) qualora non fosse possibile la prima opzione per motivi fisici o clinici. Dopo preparazione del campo sterile e anestesia locale sulla cute e nei tessuti più profondi, un sottile ago viene inserito sotto controllo radiologico fino in corrispondenza del forame di coniugazione e dello spazio discale da trattare. Una volta verificato il corretto inserimento dell’ago si procede al trattamento. Tale fase può evocare dolore locale o irradiato alla regione di innervazione. I dati emersi dalla ricerca scientifica, riconoscono al trattamento un’efficacia decompressiva riducendo la pressione sulle strutture nervose. Questo intervento può essere combinato con iniezione locale di steroidi o ad altre tecniche mini-invasive sia sul disco che sul complesso articolare posteriore. La scelta del tipo d’intervento si basa prevalentemente sulla sintomatologia e sulla sede della lesione. **TEMPO DI ESECUZIONE PREVISTO**: 30-60 minuti.

1. **Benefici del trattamento:**

Lo scopo della procedura è il trattamento della sintomatologia dolorosa legata alla presenza di un conflitto radicolare da patologia delle strutture discali e osteo-legamentose della colonna vertebrale.

1. **Rischi e Complicanze del trattamento:**

Poiché si tratta di una procedura che espone a raggi X, se ne deve evitare l’utilizzo in assenza di un’indicazione clinica specifica; inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso. E’ opportuno segnalare eventuali terapie anticoagulanti (Coumadin o analoghi) che, se necessario, saranno temporaneamente sostituite da eparina sottocute.

Controindicazioni cliniche sono essenzialmente rappresentate da: gravidanza, ipertiroidismo, favismo, gravi malattie cardiovascolari e/o ematologiche e/o respiratorie in fase clinica di scompenso.

Le complicanze che, invece, possono essere correlate alla particolare tecnica d’impiego sono per lo più dovute all’azione traumatica dell’ago sulle strutture anatomiche incontrate durante il suo avanzamento. Esse possono consistere in ematomi (puntura accidentale di un vaso sanguigno), dolore o parestesie con distribuzione radicolare all’arto (per contatto accidentale dell’ago con la radice nervosa), discite (inferiore allo 0.3 % dei casi - infiammazione del disco intervertebrale, nel caso della tecnica intradiscale).

1. **Possibili alternative al trattamento:**

Terapia farmacologica sistemica con farmaci antinfiammatori o oppiodi con possibili effetti sistemici

Terapia fisiokinesica e apparecchio protesico

Terapia chirurgica

**Osservazioni di rilievo nel caso specifico:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a

**DICHIARO**

* di aver ricevuto in consegna e di aver preso visione della presente dichiarazione, integrativa della comunicazione verbale, al fine di poterla esaminare e/o farla analizzare anche da persone di mia fiducia;
* di aver avuto la possibilità di richiedere tutte le spiegazioni ritenute utili, ottenendo risposte chiare e soddisfacenti dai sanitari proponenti il trattamento percutaneo discale cervicale e lombare;
* di aver letto integralmente e con attenzione la presente dichiarazione e informativa e di aver pienamente compreso lo scopo e la natura del trattamento indicato nel presente modulo e di avere, altresì, consapevolezza dei rischi e delle complicanze che ne potrebbero derivare.
* di essere ben consapevole che qualunque atto medico può comportare rischi e complicanze non sempre prevedibili né prevenibili.

Presto, pertanto, il mio consenso alla terapia che mi è stata descritta e prospettata con il presente consenso informato.

Reggio Emilia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paziente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_