



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO INFILTRAZIONE

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

Centro Medico Rinascimento

Via Braccianese Claudia 58/a

00062 Bracciano RM

Tel 06 86661332 – 0696741131

Whatsapp 3331122574 - 3892089338 - 3275586281

Info@centromedicatorinascimento.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	___ / ___ / ___		
Doc. d'identità		n.		del	___ / ___ / ___
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome del medico)					
Effettuato il	___ / ___ / ___	Relativamente al seguente atto sanitario proposto: (barrare la casella del trattamento da effettuare)			

Iniezione Epidurale di Farmaci Steroidei (ESI)

L'iniezione epidurale di farmaci steroidei (ESI) consiste nella somministrazione di corticosteroidi, eventualmente associati ad anestetici locali e/o analgesici, nello spazio epidurale della colonna vertebrale, mediante un ago dedicato.

La procedura viene generalmente eseguita in anestesia locale, ha una durata media di pochi minuti e, nella maggior parte dei casi, non richiede più di 10-15 minuti.

Finalità della procedura

L'obiettivo del trattamento è ridurre l'infiammazione e il dolore derivanti da patologie della colonna vertebrale e delle radici nervose, quali ad esempio:

- ernia del disco;
- stenosi del canale vertebrale;
- radicolopatie;
- lombosciatalgia;
- cervicobrachialgia;
- dolore persistente dopo interventi chirurgici vertebrali.

Modalità di esecuzione

Lo spazio epidurale può essere raggiunto attraverso differenti vie di accesso:

- via interlaminare: tra una vertebra e l'altra, al livello ritenuto necessario;
- via sacrale (caudale): attraverso lo iato sacrale, nella parte inferiore dell'osso sacro;
- via transforaminale: attraverso il forame da cui emerge la radice nervosa.

Per facilitare il corretto posizionamento dell'ago, il medico potrà utilizzare un sistema radiologico di visualizzazione delle strutture anatomiche (amplificatore di brillantezza o fluoroscopia).

Per tale motivo, nelle pazienti di sesso femminile in età fertile, è necessario escludere con certezza uno stato di gravidanza in atto.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO INFILTRAZIONE

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

In alcuni casi la procedura può risultare tecnicamente difficoltosa o non eseguibile per:

- importanti alterazioni anatomiche;
- artrosi vertebrale severa;
- esiti di interventi chirurgici;
- fusione vertebrale;
- impossibilità di raggiungere lo spazio epidurale in sicurezza.

Benefici attesi

L'infiltrazione epidurale può determinare una riduzione del dolore, un miglioramento della funzionalità motoria e una diminuzione del ricorso a farmaci antidolorifici.

Tuttavia, il beneficio non è garantito in tutti i pazienti.

La percentuale di successo può essere stimata:

- intorno all'80% nel breve termine;
- intorno al 40-50% nel medio-lungo termine.

In alcuni casi il miglioramento può essere solo temporaneo e la sintomatologia dolorosa può ripresentarsi dopo un intervallo di tempo variabile.

Possibili effetti indesiderati e complicanze

Come ogni procedura invasiva, anche l'iniezione epidurale di steroidi può comportare rischi e complicanze, pur essendo eseguita secondo le comuni regole di prudenza, diligenza e buona pratica clinica.

Le principali complicanze note comprendono:

- cefalea persistente dovuta a puntura accidentale della dura madre (circa 0,5%);
- paralisi dei nervi cranici, evenienza rara e generalmente correlata a puntura accidentale della dura madre;
- danno nervoso periferico, generalmente reversibile (circa 1 caso ogni 1.000 procedure);
- infezione dello spazio epidurale e/o meningite (evento molto raro, circa 1 caso ogni 50.000 procedure);
- ematoma spinale con possibile paraplegia (evento rarissimo, incidenza stimata circa 1 caso ogni 200.000 procedure);
- dolore lombare o nella sede di infiltrazione, generalmente temporaneo e di durata non superiore a due settimane;
- sanguinamento;
- reazioni allergiche ai farmaci utilizzati;
- nausea, sudorazione, capogiri o malessere generale;
- calo pressorio, sincope vaso-vagale;
- alterazioni del ritmo cardiaco fino, in casi eccezionali, all'arresto cardiaco.

Avvertenze particolari

Nei pazienti affetti da ipertensione arteriosa o diabete mellito, i corticosteroidi possono determinare un peggioramento temporaneo dei valori pressori e/o glicemici.

Per tale motivo, durante il ciclo terapeutico, potrà essere necessario monitorare con maggiore attenzione la pressione arteriosa e la glicemia.

Il trattamento infiltrativo prevede generalmente 2 o 3 procedure nell'arco di 2-4 mesi.

Controindicazioni

La procedura è controindicata nei seguenti casi:

- terapia anticoagulante in corso;
- assunzione di farmaci antiaggreganti, ad eccezione dell'aspirina a basse dosi, salvo diversa indicazione specialistica;



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO INFILTRAZIONE

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

- disturbi della coagulazione congeniti o acquisiti;
- infezioni in atto;
- gravidanza accertata o sospetta, qualora sia necessario l'utilizzo di guida radiologica;
- allergia nota ai farmaci impiegati.

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche, sulla procedura proposta, sulle finalità, sulle modalità di esecuzione, sui benefici attesi, sui limiti, sui possibili rischi e sulle eventuali complicanze;
- di essere stato/a informato/a sulle possibili alternative terapeutiche;
- di aver avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto e di porre domande, ricevendo risposte esaurienti e comprensibili;
- di essere stato/a informato/a sulle possibili complicanze connesse al trattamento infiltrativo che verrà eseguito;
- di aver informato il medico in merito a eventuali allergie, terapie farmacologiche in corso, disturbi della coagulazione, gravidanza o sospetta gravidanza e patologie concomitanti;
- di essere consapevole di avere la facoltà di rifiutare, in tutto o in parte, il trattamento proposto;
- di essere consapevole della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione della procedura;
- ☒ di acconsentire liberamente all'esecuzione della procedura.

☐

ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto

☐

NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure

☐

REVOCA (compilare in caso di)

(data) _____

Firma _____

Data

Firma della persona assistita

Firma del medico

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome ed estremi
documento testimone

Firma

Nome Cognome ed estremi
documento testimone 2

Firma

Etichetta e/o descrizione, lotto e scadenza
farmaco