	<p align="center">DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</p> <p align="center">Direttore: ff. Dr. Francesco Fabiani</p> <p align="center">U.O.S.D. di Radiologia Vascolare e Interventistica</p> <p align="center">Responsabile: Dr. EDOARDO G. PUGLIELLI</p>	<p>Nota Informativa: RIV <u>11</u> Revisione 01 del 01/09/2015 Pagina 1 di 2</p>
---	---	--

INFORMAZIONI MEDICHE PER LA PROCEDURA DI VERTEBROPLASTICA TRANSCUTANEA

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad una procedura di vertebroplastica transcutanea per la patologia indicata nell'allegato modulo di acquisizione del consenso.

Tale procedura prevede la somministrazione, nel corpo vertebrale in esame, di cemento acrilico al fine di realizzare un trattamento terapeutico.

Questa manovra verrà eseguita in anestesia locale ed analgo-sedazione, al fine di ridurre l'eventuale sintomatologia dolorosa ed evitare piccoli movimenti involontari che potrebbero inficiare l'esito della procedura.

Lei verrà posizionato/a in posizione prona per tutta la durata della seduta, al termine della quale tornerà nell'U.O. di degenza, ove dovrà rispettare il riposo assoluto e potrà alzarsi dal letto dopo almeno 12 ore dal termine della vertebroplastica transcutanea.


Le complicanze per tale procedura, riportate in letteratura, sono di circa il 1-3% e comprendono dolore, infezione, sanguinamento, migrazione del cemento, sintomi neurologici.

Per ulteriori informazioni può consultare il sito: <http://www.radiologyinfo.org>

La preghiamo di segnalare eventuali allergie e/o intolleranze a farmaci e/o alimenti, prima di sottoporsi all'esame.

L'informazione è il vero e proprio inizio dell'atto medico e parte integrante della nostra professione, per questo anche il più piccolo dubbio o la più sottile incertezza debbono essere risolti con le spiegazioni necessarie che saremo lieti di fornirLe.

Grazie per la Sua collaborazione.

	<p align="center">DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</p> <p align="center">Direttore: ff. Dr. Francesco Fabiani</p> <p align="center">U.O.S.D. di Radiologia Vascolare e Interventistica</p> <p align="center">Responsabile: Dr. EDOARDO G. PUGLIELLI</p>	<p>Nota Informativa: RIV <u>11</u> Revisione 01 del 01/09/2015 Pagina 2 di 2</p>
---	---	--

Il Signor /Signora:

ha personalmente ricevuto le informazioni per l'esame dal Dr.:

Data ____/____/____/

Firma _____