

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****NOME E COGNOME DEL PAZIENTE** _____ **DATA** _____

Quali sono le sue condizioni di salute:	<input type="checkbox"/> molto compromesse <input type="checkbox"/> compromesse <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> altro
Trattamento proposto:	BLOCCO ANESTETICO DI NERVO PERIFERICO
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni?	Il blocco anestetico di un nervo periferico (con eventuale iniezione di cortisonico) ha più scopi: <ul style="list-style-type: none">• Confermare la diagnosi di patologia del nervo• Trattare il nervo in caso di intrappolamento/lesione• Dimostrarle l'effetto analgesico di eventuali procedure di modulazione del nervo anche per dolori che originano da specifiche articolazioni
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Persistenza della sintomatologia dolorosa
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	Temporanea perdita della sensibilità e della forza nel territorio del nervo interessato Reazioni allergiche
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento? -	Medico: _____ Infermiera: _____

• nel caso di intervento chirurgico l'operatore che informa **deve essere presente** nella equipe che interviene

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
