

**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:	<b>BLOCCO ANESTETICO DI NERVO PERIFERICO</b>
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"><li>• Confermare la diagnosi di patologia del nervo</li><li>• Trattare il nervo in caso di intrappolamento/lesione</li><li>• Dimostrarle l'effetto analgesico di eventuali procedure di modulazione del nervo anche per dolori che originano da specifiche articolazioni</li></ul>
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

\_\_\_\_\_