



APPLICAZIONI DI GEL PIASTRINICO AUTOLOGO

Il gel piastrinico autologo è un emoderivato, che si ottiene dal sangue dello stesso paziente, dopo opportuni trattamenti, che portano alla formazione di un concentrato piastrinico. Questo concentrato piastrinico libera, dopo una sua attivazione, i fattori di crescita (ad oggi 7 sono conosciuti), che promuovono complessi processi di riparazione e rigenerazione tissutale. Il gel piastrinico è usato localmente soprattutto con infiltrazioni intrarticolari e intratissutali, ma mai per via trasfusioneale.

E' particolarmente indicato per attivare e accelerare:

- 1) i processi di riparazione del tessuto connettivale nei processi infiammatori, lesioni tendinee e muscolari, lesioni condrali e osteocondrali, lesioni muscolari;
- 2) nella chirurgia plastica, maxillo facciale;
- 3) nella chirurgia ortopedica;
- 4) in odontostomatologia;
- 5) nelle lesioni cutanee e mucose (ferite, piaghe);

Nonostante i numerosi risultati positivi, può accadere che i vari trattamenti non garantiscano la guarigione sicura della lesione in trattamento.

TRATTAMENTO INFILTRATIVO: l'infiltrazione si realizza iniettando il preparato piastrinico (PRGF) con una siringa nella zona interessata. Nel caso di artrosi, lesioni meniscali e lesioni condrali, il preparato viene iniettato all'interno dell'articolazione.

DOPO L'INFILTRAZIONE: nella zona interessata si presentano i disturbi propri di una qualsiasi infiltrazione, più o meno accentuati, per cui è indicata una limitazione dell'attività funzionale per 24/48 ore, o meglio, un riposo assoluto e una applicazione locale di ghiaccio.

Il sottoscritto/a, nato a,
....., residente a, in via
.....

SONO STATO/A INFORMATO/A:

- 1) che la mia personale situazione clinica potrà avvantaggiarsi dell'utilizzo terapeutico del gel piastrinico autologo ad uso topico e/o infiltrativo;
- 2) che la riparazione/rigenerazione dei tessuti è facilitata dalla somministrazione di fattori di crescita piastrinici prelevati dal mio sangue e applicati nella sede da rigenerare;
- 3) che per la preparazione del gel piastrinico autologo per uso topico e/o infiltrativo è necessario effettuare un prelievo del mio sangue;
- 4) che il prelievo suddetto verrà lavorato e concentrato secondo i criteri di sterilità nel più breve tempo possibile in sistema dedicato e certificato;
- 5) che per ottenere un adeguato numero di piastrine dovrà essermi prelevata una modica quantità di sangue e che questo non comporta di per se né rischi né esiti;



- 6) che “non sono noti effetti collaterali indesiderati a breve termine, tranne i disturbi propri di una qualsiasi infiltrazione, come il dolore, a volte anche intenso, per cui è necessario un adeguato riposo (12-24 ore) e l'applicazione locale di ghiaccio;
- 7) che, come tutti gli emocomponenti, anche il gel piastrinico autologo per uso topico, non è esente da rischi (es. contaminazione batterica);
- 8) che è un prodotto autologo, e che è utilizzato da oltre un decennio per indurre la rigenerazione dei tessuti e che non sono descritte reazioni indesiderate;
- 9) I dati del paziente sono confidenziali e tali rimarranno per tutto il tempo, anche se potranno essere a disposizione delle autorità sanitarie;
- 10) che i trattamenti non sempre garantiscono la guarigione sicura della lesione in trattamento;

PRESO ATTO DI TUTTO CIO', CIOE' INFORMATO DEI POSSIBILI BENEFICI, EFFETTI COLLATERALI, CONTROINDICAZIONI E COMPLICAZIONI, IN PIENA COSCIENZA E LIBERTA', DO' IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO CON

EMOCOMPONENTE GEL PIASTRINICO PER USO TOPICO E/O INFILTRATIVO

Data Firma del paziente

DICHIARAZIONE DEL MEDICO INCARICATO DELL'INFORMATIVA AL PAZIENTE:

Il sottoscritto Dott./ssa confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

Data Firma