

SCHEDA PER L'INFORMAZIONE E IL CONSENSO DEI PAZIENTI DA SOTTOPORRE AD AGOPUNTURA

Quanto riportato nella presente scheda fornisce delle informazioni sommarie e non ha la pretesa di sostituire il colloquio informativo, che è fondamentale, tra Medico e Paziente.

L'**agopuntura** è una tecnica terapeutica che fa parte del corpus della *Medicina Tradizionale Cinese*. Consiste nel trattamento di varie patologie tramite la stimolazione con aghi e/o calore (moxibustione) di particolari punti del corpo umano localizzati lungo i *meridiani*, con l'intento principale di ri-equilibrare le capacità di difesa e di reazione dell'organismo.

L'agopuntura, in quanto atto medico, può essere effettuata solo da Medici Chirurghi.

Per il trattamento agopunturale vengono utilizzati solo ed esclusivamente aghi sterili, mono-uso ed anallergici in acciaio. La profondità di infissione degli aghi è variabile a seconda dei diversi siti corporei.

L'agopuntura agisce mediante la stimolazione puntoria dell'ago che scatena risposte a diversi livelli: locale, segmentaria a distanza ed extra-segmentaria su tutto l'organismo.

Durante la stimolazione dell'ago sensazioni come formicolio, intorpidimento, senso di peso o di gonfiore, lieve scossa elettrica indicano l'attivazione delle strutture nervose e la corretta esecuzione del trattamento agopunturale.

Il trattamento prevede più sedute a cadenza variabile, da stabilire con il Medico in relazione al quadro clinico.

Alternative al trattamento agopunturale sono da stabilirsi in relazione al quadro clinico individuale e possono comprendere terapia farmacologica, infiltrazioni o altro.

I rischi del trattamento agopunturale sono i seguenti: dolore, infezione, sanguinamento, ecchimosi, ematomi, reazioni ai materiali, reazioni vagali (svenimenti), atrofia cutanea e/o depigmentazione della cute anche a distanza di mesi.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE

Informato su utilità, tecnica, rischi eventuali e conseguenze (anche negative) del trattamento agopunturale

1. Soddisfatto, con risposte esaurienti ai fini di una decisione consapevole, le mie richieste di informazioni da parte del Medico responsabile della procedura e che sottoscrive la presente dichiarazione

2. Consapevole di avere facoltà di revoca del consenso e di interruzione del trattamento, con implicita accettazione delle conseguenze cliniche derivanti (persistenza dolore, aumento disabilità)

Il sottoscritto _____

apponendo la propria firma acconsente a essere sottoposto al trattamento agopunturale

Firma Paziente (*)

Data: _____ Firma Medico _____

() Rappresentante o tutore (in caso di paziente non collaborante o minorenne)*

Data: _____

Il paziente
