

SCHEMA PER L'INFORMAZIONE E IL CONSENSO DEI PAZIENTI DA SOTTOPORRE A TERAPIA CON ONDE D'URTO FOCALI

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.

PARTE I - DATI IDENTIFICATIVI

Cognome e nome del Paziente

Dati dei Genitori (in caso di Paziente minorenni) _____

Dati del Legale Rappresentante (in caso di Paziente privo in tutto o in parte di autonomia decisionale)

PARTE II - DATI SANITARI

Atto sanitario proposto: TERAPIA CON ONDE D'URTO FOCALI

PARTE III - ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

- Informato su utilità, tecnica, rischi eventuali e conseguenze (anche negative) della terapia
- 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
- Consapevole di avere facoltà di revoca del consenso e di interruzione del trattamento, con implicita accettazione delle conseguenze cliniche derivanti (persistenza dolore, aumento disabilità)

Indicazioni

La terapia con onde d'urto focali è indicata per la cura di diverse patologie dell'apparato muscolo-scheletrico (osso e tessuti molli). La terapia chirurgica o altre forme di terapia fisica sono possibili alternative della terapia con onde d'urto focali.

Come si svolge?

Il trattamento consiste nella somministrazione di onde acustiche convogliate, attraverso una sorgente terapeutica focalizzata, all'interno dei tessuti, determinandovi l'attivazione delle funzione metaboliche cellulari e la formazione di nuove strutture vascolari (neoangiogenesi).

Per l'appropriata conduzione del trattamento, può essere necessaria la preliminare esecuzione di un esame ecografico utile a stabilire la posizione e la profondità della zona in cui focalizzare le onde acustiche all'interno dei tessuti (trattamento eco-assistito).

Il raggiungimento dell'efficacia terapeutica potrebbe richiedere più sedute, in base al quadro clinico e al programma terapeutico concordato tra Paziente e Medico.

Complicanze e controindicazioni

L'efficacia a lungo termine della terapia, secondo la più accreditata letteratura scientifica sull'argomento, non è supportata da risultati omogenei, ma il beneficio atteso prevale sui possibili effetti indesiderati. In seguito al trattamento possono manifestarsi effetti transitori quali arrossamento o dolore sul punto di applicazione, anche non immediati, occasionalmente edema o ematoma nella zona di terapia e, ancora più raramente, cefalea e sensazione di mancamento.

La terapia con onde d'urto focali è controindicata in presenza di neoplasia o di cartilagini fertili nella zona da trattare, in gravidanza, nei portatori di apparecchi di stimolazione cardiaca e midollare, nei disordini della coagulazione del sangue.

(*) Rappresentante o tutore (in caso di Paziente minorenni o non collaborante)

PARTE IV - REVOCA

Cognome e nome del Paziente _____ Data _____

dichiaro di voler REVOCARE IL CONSENSO Firma del Paziente

Firma del Medico

Apponendo la propria firma acconsente ad essere sottoposto/a alla terapia con onde d'urto

Firma del Medico: _____

Data: _____

Il paziente
