

CONSENSO INFORMATO PER TERAPIE CON ONDE D'URTO

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA TERAPIA CON ONDE D'URTO

Io sottoscritto _____

in qualità di esercente la potestà sul minore _____

in qualità di tutore del paziente _____

Dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal:

Dott: _____ che per la patologia riscontratami: _____

- È opportuna l'esecuzione della terapia con onde d'urto ad alta energia (HESWT);
- È opportuna l'esecuzione della terapia con onde d'urto a media energia (MESWT);
- È opportuna l'esecuzione della terapia con onde d'urto a bassa energia (LESWT).

Dichiaro di essere stato informato sul tipo di anestesia cui eventualmente verrei sottoposto e ai rischi che la stessa potrebbe comportare.

- Dichiaro di non essere affetto da patologie nervose e vascolari periferiche;
- Di non essere portatore di pacemaker;
- Di non essere affetto da malattie della coagulazione e di non assumere anticoagulanti;
- Di non essere in stato di gravidanza;
- Di non essere affetto da patologie tumorali o infettive acute in atto (nella sede da trattare).

Di quanto prospettato mi sono stati spiegati in maniera esauriente e comprensibile:

- Gli obiettivi;
- I benefici;
- Gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze menomanti;
- I limiti del trattamento.

Concordo che la pratica medica e chirurgica non è una scienza esatta. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono esser garantiti come certi ma come ipotesi possibili.

Ciò premesso, acconsento al trattamento proposto.

Firma leggibile del delegante/dell'esercente la patria potestà/del tutore

Data ____ / ____ / _____

Firma del medico _____