

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO TRATTAMENTO CON ONDE D'URTO	INFO_AMB-011 Rev. 0 del 06.10.23

Gentile Signora/Egregio Signore,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico. La procedura terapeutica consigliata di **TRATTAMENTO CON ONDE D'URTO** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata. È importante che riferisca al medico i farmaci assunti, con particolare riferimento agli anticoagulanti orali, e che si attenga alle indicazioni ricevute su eventuali sospensioni o modifiche della terapia.

INFORMAZIONI GENERALI SUL TRATTAMENTO CON ONDE D'URTO

L'effetto delle onde d'urto sui tessuti è quello di incrementare la vascolarizzazione locale con la conseguenza di rimuovere i mediatori dell'infiammazione e rivascolarizzare tessuti sofferenti (specie nelle infiammazioni croniche). Il trattamento con onde d'urto viene eseguito con un generatore di onde d'urto mediante l'applicazione di un manipolo trasduttore dell'onda a contatto con la zona da trattare. In base al tipo di generatore, vi è distinzione fra Onde d'Urto Focali e Onde d'urto Radiali o "pressorie":

- nelle **onde d'urto focali** il trattamento viene eseguito dal Medico;
- nelle **onde d'urto radiali o pressorie** il trattamento viene eseguito dal Medico o può essere dallo stesso delegato al personale sanitario "addestrato", che opererà comunque sotto la supervisione del medico esperto di cui sopra.

MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TRATTAMENTO

Mentre il paziente rimane seduto o disteso sul lettino, sulla parte da trattare viene appoggiata una membrana di gomma che contiene la sorgente delle onde d'urto. L'esatto posizionamento avviene tramite le immagini fornite da indagini diagnostiche, unitamente all'indicazione della zona dove viene avvertito maggior dolore. Il trattamento dura pochi minuti e può essere leggermente doloroso. In rari casi si rende necessaria una leggera anestesia locale, ad esempio nel trattamento delle pseudoartrosi o nei ritardi di consolidamento dell'osso. Di norma, al termine del trattamento, la persona può tornare a casa e riprendere le normali attività. Si consiglia, comunque, di evitare attività che possano sovraccaricare le zone trattate. L'effetto non sempre è immediato necessitando di un tempo di azione variabile fino anche a un mese. In alcuni rari casi vi è una riacutizzazione della sintomatologia algica subito dopo il trattamento che andrà a scomparire con il trascorrere del tempo.

RISCHI E POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

I possibili effetti collaterali, in genere estremamente rari e contenuti, comprendono arrossamento locale, ecchimosi o rotture di capillari nella sede trattata, riacutizzazione temporanea della sintomatologia dolorosa nelle ore/giorni successivi al trattamento. Non si possono escludere, anche se davvero estremamente rari, eventuali danni alle strutture corporee attraversate dall'onda.

POSSIBILI CONTROINDICAZIONI DEL TRATTAMENTO CON ONDE D'URTO

Prima di eseguire il trattamento è necessario informare il sanitario circa l'eventuale presenza di una delle seguenti situazioni, al fine di identificare possibili controindicazioni ed individuare le opportune alternative terapeutiche:

PRESENZA DI NEOPLASIA MALIGNA NELL'AREA DA TRATTARE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TERAPIA CON FARMACI ANTICOAGULANTI O ANTIAGGREGANTI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESENZA DI PATOLOGIE DELLA COAGULAZIONE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESENZA DI FETO NELL'AREA DA TRATTARE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INFEZIONI NELLA SEDE DEL TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESENZA DI PACEMACKER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESENZA DI MEZZI DI SINTESI NELLA SEDE DA TRATTARE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESENZA DI NUCLEI DI ACCRESCIMENTO NELL'AREA DA TRATTARE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**INFORMATIVA E CONSENSO
TRATTAMENTO CON ONDE D'URTO**

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL PAZIENTE

Ho discusso con il medico dei possibili rischi e delle eventuali prevedibili conseguenze specificamente connessi con la situazione che mi riguarda e ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito all'atto sanitario in argomento. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di rischi che la stessa potrebbe comportare. Sono altresì informato che, nel caso in cui rifiutassi di effettuare il trattamento proposto dal medico, potrebbe essere valutata l'opportunità di eseguire un trattamento alternativo laddove possibile, essendo tuttavia informato che la non esecuzione potrebbe implicare: 1) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; 2) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

DATI IDENTIFICATIVI

NOMINATIVO:

DATA DI NASCITA:

NOMINATIVO DEL / DEI GENITORI O TUTORE LEGALE SE MINORE/INCAPACE:

DATI SANITARI

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA E/O DELLA ESIGENZA CLINICA

.....

.....

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON ONDE D'URTO

Io, sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a circa la necessità di sottopormi alla TRATTAMENTO CON ONDE D'URTO. Ho dunque ricevuto informazioni, chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico responsabile dell'atto sanitario, letto e compreso la descrizione riportata sul presente modulo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame. Dichiaro inoltre di aver osservato le indicazioni riportate nel modulo di preparazione all'esame. Sulla base delle informazioni apprese mediante l'informativa che precede il presente documento, nonché sulla base delle spiegazioni chiare e comprensibili ricevute durante il colloquio con il/la Dott. / D.ssa. sulle modalità, le indicazioni, le controindicazioni dell'esame ed i rischi connessi, il/la sottoscritto/a in qualità di:

- diretto interessato al trattamento
- tutore di
- esercente la responsabilità genitoriale su

acconsente

non acconsente

All'esecuzione dell'atto sanitario sopra indicato.

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):

Confermo di aver spiegato la natura e lo scopo dell'atto sanitario in oggetto con particolare riferimento alle modalità di esecuzione, benefici e rischi ad esso connessi.

Firma del medico:

Il/la sottoscritto/a (Paziente): dichiara inoltre di essere a conoscenza che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Concordo sul fatto che la pratica medica e chirurgica non sia una scienza esatta dipendendo in parte dalle variabili soggettive del paziente che per definizione è unico. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili. Preso atto di tutte le informazioni ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una decisione consapevole.

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):