



Casa di Cura Ambrosiana Spa	 Regione Lombardia	Modulo	Versione	Data	Documento di riferimento
		799	01	31/01/2018	Pro 1280 Consenso informato
CONSENSO INFORMATO					
OSSIGENO-OZONO TERAPIA					

INFORMAZIONI
<p>Gentilissimo/a Signor/Signora</p> <p>Questo documento ha lo scopo di informarla sul trattamento sanitario che le viene proposto e di acquisire così il suo consenso, dopo che Lei avrà ricevuto tutti gli elementi per poter decidere senza dubbi. Sono quindi importanti, a tale scopo, le informazioni che seguono.</p>
<p>La condizione clinica/patologia di cui Lei è affetto/a è la seguente:</p>
<p>Pertanto Le proponiamo il seguente trattamento: OSSIGENO-OZONO TERAPIA</p>
<p>Questo trattamento consiste in: somministrazione di una miscela di ossigeno puro e ozono a concentrazioni variabili. Può essere impiegata in numerose patologie, poiché differenti vie di somministrazione (locali, come semplici infiltrazioni e generali, per esempio attraverso il proprio sangue o per via rettale) e diverse concentrazioni di ozono portano differenti effetti terapeutici. La letteratura scientifica riconosce a questo particolare "farmaco" una efficacia terapeutica che in alcuni casi è anche superiore ad altri trattamenti, in altri ne migliora la risposta, sottolineando sia la bassissima incidenza di effetti collaterali dovuti all'azione propria del gas, sia quella di complicanze relative alle tecniche di applicazione, qualora vengano attuate "da mani esperte" e nel rispetto delle Linee Guida. Trattandosi di un gas, questo può essere veicolato anche attraverso aghi sottilissimi e quindi poco dolorosi.</p>
<p>La sede dell'intervento sarà (organo, parte, livello, lato):</p>
<p>La modalità di somministrazione sarà la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Infiltrazione: previa accurata disinfezione, con aghi sottili, sterili e monouso. La procedura viene in genere ben tollerata; talora si può avvertire una temporanea sensazione di pesantezza o un dolore urente (bruciore) transitorio, esiste anche la possibilità di un risveglio temporaneo, in genere per pochi minuti, della sintomatologia dolorosa: "dolore risvegliato". La iniezione intra-articolare induce rumore di scroscio/borbottio per il movimento del gas e per 2-3 giorni, fino al riassorbimento. <input type="checkbox"/> L'Autoemoterapia consiste nel prelievo di una determinata quantità di sangue in una apposita sacca (da 100 a 240 ml in funzione dell'età e della patologia) e, previa ozonizzazione a differenti concentrazioni, la reinfusione dello stesso attraverso la medesima via, senza nessuna sconnessione. Studi scientifici e un'ampia e pluridecennale esperienza internazionale hanno dimostrato l'utilità e l'efficacia del sangue ozonizzato (GAET: Grande Auto Emo Terapia) per il trattamento di innumerevoli situazioni patologiche. <input type="checkbox"/> Insufflazione rettale: tramite un sottilissimo sondino lubrificato e introdotto per circa 10 cm vengono insufflati fino ad un massimo di 200 ml di ossigeno-ozono. E' utile una preventiva pulizia del colon tramite microclisma. Si sfrutta la grande capacità del colon di assorbire farmaci, un po' come quello che avviene con le supposte. <input type="checkbox"/> Bagging: consiste nel posizionare un sacchetto a tenuta in genere su un arto, creare il vuoto al suo interno e successivamente riempire con ossigeno-ozono lasciandolo poi agire per un determinato tempo. Trova indicazione soprattutto nel trattamento delle ulcere di vario tipo (diabetiche, vascolari). <input type="checkbox"/> Acqua e olio ozonizzati possono essere utilizzati sia per assunzione orale che topica.
<p>Il trattamento avrà la seguente frequenza e/o durata:</p>
<p>I potenziali benefici del trattamento sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Azione anti-infiammatoria, anti-edemigena e anti-dolorifica ▪ Azione disidratante sul nucleo polposo in caso di ernia del disco ▪ Azione riattivante il microcircolo, quindi efficace in tutte le patologie di tipo vascolare ▪ Azione rigenerante i tessuti anche attraverso fattori di crescita ▪ Azione cicatrizzante ▪ Azione neurotrofica diretta e immunomodulante ▪ Azione antibatterica, antivirale, antimicotica

Casa di Cura Ambrosiana Spa	 Regione Lombardia	Modulo	Versione	Data	Documento di riferimento
		799	01	31/01/2018	Pro 1280 Consenso informato
CONSENSO INFORMATO					
OSSIGENO-OZONO TERAPIA					

La probabilità di successo è la seguente:

Bassa
 Media
 Alta

Potrebbero comparire queste complicanze generiche:

- bruciore di breve durata in sede di iniezione
- rarissimi ematomi in sede di iniezione come per qualunque iniezione
- reazioni vagali (sudorazione, bradicardia, ipotensione con alterazioni del ritmo cardiaco)
- sono riportati rarissimi casi di infezione nel sito di iniezione grazie alle proprietà antisettiche dell'ozono.

Potrebbero comparire queste complicanze specifiche/aggiuntive, correlate al suo stato di salute:

Le procedure/trattamenti alternativi nel suo caso sono i seguenti:

Qualora Lei decidesse di non sottoporsi al trattamento, potrebbe andare incontro alle seguenti ipotesi/esiti:

Lei potrà richiedere ulteriori delucidazioni ai sanitari in qualsiasi momento e fino al momento dell'intervento stesso. Anche il Suo medico di medicina generale può aiutarla a dissolvere eventuali dubbi e nel caso lo ritenesse utile può contattare i medici dell'UO.

Lei potrà revocare il suo consenso in ogni momento (salvo che l'atto non sia più arrestabile).

Casa di Cura Ambrosiana non possiede la Terapia Intensiva ed il Pronto Soccorso. In caso di necessità di rianimazione imprevista, potrebbe verificarsi il trasferimento presso altra struttura ospedaliera.


Durante l'intervento potrebbero essere effettuate riprese di immagini oppure foto macro/microscopiche relative al caso clinico, per documentazione e/o per fini scientifico/didattici, sempre nel rigoroso rispetto e salvaguardia dell'identità personale e della riservatezza del paziente.

Altro:

Io sottoscritto Operatore/Dottor
dichiaro di aver fornito le informazioni riguardanti l'intervento sanitario di.....
secondo le modalità descritte nella procedura aziendale e che nell'ambito del percorso informativo:

E' stato consegnato materiale informativo
 E' stato richiesto l'ausilio di un Interprete/Mediatore Culturale
 Altro/Note:.....

Data in cui il sanitario fornisce le informazioni	Firma e timbro del sanitario

Casa di Cura Ambrosiana Spa	 Regione Lombardia	Modulo	Versione	Data	Documento di riferimento
		799	01	31/01/2018	Pro 1280 Consenso informato
CONSENSO INFORMATO					
OSSIGENO-OZONO TERAPIA					

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/paziente Signor/Signora

Dichiaro di aver fornito all'operatore informazioni cliniche riguardanti la presenza di allergie note, assunzione di farmaci, malattie significative in atto o pregresse.

Dichiaro di aver ricevuto esaurienti informazioni e di aver ben compreso quanto spiegatomi, in merito alla mia situazione clinica e sul trattamento di.....

proposti dall'Operatore/Dott:

Pertanto:

- Dichiaro di acconsentire al trattamento/intervento proposto
- Dichiaro di non acconsentire al trattamento/intervento proposto

In caso di rappresentante legale:

- Dichiaro inoltre, sotto mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, di essere **legale rappresentante** del Paziente sopra riportato, con la seguente qualifica:

Qualifica del legale rappresentante	Cognome e Nome ¹
<input type="checkbox"/> Genitore 1 e Genitore 2	
<input type="checkbox"/> Genitore unico ²	
<input type="checkbox"/> Tutore ³	
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno ⁴	

¹ Trattenere fotocopia di documento di identità

² Far compilare il *Mod. 510 Autocertificazione per genitori soli di figli minori*

³ Trattenere fotocopia del decreto di nomina

⁴ Trattenere fotocopia del decreto di nomina e verificare che la delega contempli la materia sanitaria

Note:

Data di firma	Firma del paziente (o del legale rappresentante)