

5.3 CONSENSO INFORMATO PER TERAPIA CON ONDE D'URTO A BASSA INTENSITA'

Gentile Paziente,

La informiamo che sta per essere sottoposto a terapia mediante "onde d'urto" che si avvale di un generatore elettroidraulico MTS-Medical.

Tali onde sono convogliate, tramite apposito applicatore, sulla cosiddetta zona bersaglio.

L'azione delle onde comporta uno spiccato aumento della vascolarizzazione, un afflusso di cellule staminali con loro differenziazione, un risveglio delle cellule caratteristiche del tessuto, una modulazione dell'attività dei macrofagi.

L'effetto finale consiste in :

- miglioramento dell' irrorazione dei vasi capillari con aumento del loro numero e ramificazioni, in particolare dei vasi dei corpi cavernosi (cura della disfunzione erettile);
- miglioramento della vascolarizzazione e dell'ossigenazione del tessuto cutaneo;
- diminuzione del dolore ove presente.

Lei parteciperà ad un colloquio informativo con il medico che la sottoporrà a detta terapia.

La firma del presente modulo attesterà che Lei è stato esaurientemente informato sulla tipologia della terapia somministrata con particolare riferimento a :

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

- trattamento con anticoagulanti
- emofilia
- neoplasie adiacenti sede trattamento
- zona di trattamento vicina a pace maker

POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

- ematomi locali e arrossamenti
- dolore-bruciore locale
- parestesie (intorpidimento o prurito del punto irradiato)

Data _____

Firma del Medico _____

Firma del Paziente _____