

# NUOVO CENTRO FISIOTERAPICO

di GIOTTI PAOLA e C. s.a.s.

Via Maspero, 3 - 21100 VARESE

Tel. 0332289195

P.IVA - C.F. 01608020127

*Direttore Sanitario: Dr. Isber Atyeh*

## CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI TERAPIA CON ONDE D'URTO FOCALIZZATE

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ reso/a edotto/a della patologia di cui è affetto/a, è stato/a informato/a che la procedura terapeutica proposta rappresenta per Lui/Lei il trattamento più idoneo a ridurre l'entità dei sintomi ed a migliorare la qualità di vita.

### ***La terapia puo` essere effettuata, con adeguata cautela, anche in presenza di:***

- Alterazioni della coagulazione ematica
- Assunzione di medicinali che alterino la coagulazione ematica
- Gravidanza in corso o in dubbio
- Patologie cardiopolmonari
- Terapia cortisonica in corso
- Epilessia

### ***La terapia deve essere rinviata in caso di:***

- Neoplasie localizzate in vicinanza della zona da trattare
- Artrite reumatoide o affezioni muscolo tendinee sistemiche
- Traumi recenti in sede di applicazione

Nella pratica clinica si possono manifestare riacutizzazioni transitorie della sintomatologia dolorosa, con remissione spontanea.

Raccolta del consenso:

Dopo aver ricevuto e compreso l'informazione su esposta ACCONSENTO / NON ACCONSENTO all'effettuazione della terapia con ONDE D'URTO FOCALIZZATE.

Firma del paziente: \_\_\_\_\_

Data

Firma del Medico: \_\_\_\_\_