

Consenso informato al trattamento sanitario con OSSIGENO-OZONO

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219 - Art.1 - Comma 3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. Comma 4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. Comma 5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.

lo sottoscritto

nato ail..... recapito telefonico:

INFORMAZIONE

sono stato informato dal medico:..... di essere affetto

da:

al corrente delle alternative terapeutiche.....

al corrente delle conseguenze del mancato trattamento

chiedo di essere sottoposto alla terapia

con

dichiaro che la firma sul presente stampato sigilla solo il percorso di informazione avuto con il sanitario che mi tratta ben più lungo e completo di quanto viene qui sintetizzato per brevità.

Dichiaro di essere stato informato/a esaurientemente per via verbale sulla **diagnosi della malattia** da cui sono affetto/a, sulle sue **indicazioni terapeutiche**, sul **trattamento** a cui verrò sottoposto/a e sulla esistenza di eventuali strategie **terapeutiche alternative**. Sono al corrente che la somministrazione di ozono sistemico è **controindicata** nel deficit di **glucosio- 6-fosfato deidrogenasi (G6PD) c.d. "favismo"** . Sono al corrente che la somministrazione di ozono sistemico è **sconsigliata in corso di gravidanza e VIETATA nello sport agonistico** (Nonostante non esistano studi scientifici che ne controindichino l'utilizzo ma, al contrario, sono riportate esperienze positive dell'ossigeno ozono terapia per il trattamento di alcune patologie legate alla gravidanza e nelle performance sportive, l'utilizzo dell'ozono terapia può essere sconsigliato da un punto di vista medico-legale per evitare un contenzioso -oggi- dall'esito dubbio). **Nei pazienti in terapia con Ace inibitori -sono stati registrati episodi ipotensivi ed è consigliato evitare di assumere gli ACE inibitori nel giorno della terapia sistemica. I pazienti in terapia con Dicumarolici** dovranno monitorare con attenzione l'INR. Sono al corrente che **i pazienti con anamnesi positiva per epilessia** possono manifestare una crisi in concomitanza con la somministrazione della terapia. Sono al corrente dei **possibili effetti collaterali**, e cioè TACHICARDIA TRANSITORIA, DOLORE LOCALE TRANSITORIO, ECCHIMOSI ED EMATOMI IN SEDE DI INOCULAZIONE, REAZIONI VAGALI e quali sono le percentuali attualmente note di ciascuno effetto segnalato dalla scienza medica, secondo le attuali conoscenze scientifiche.

Dichiaro di essere affetto/a dalle seguenti patologie:

e di assumere attualmente i seguenti farmaci:

sono stato sottoposto ai seguenti interventi chirurgici:

Sintesi obiettività:

.....

Note:

Sono consapevole che potrebbero verificarsi di alcune complicanze che potrebbero causare la riduzione delle mie attività sociali o lavorative per un breve periodo (ecchimosi, ematomi, flebiti, dolore). Ho ricevuto informazioni circa i presumibili tempi della cura e di recupero e circa la possibilità che si possa verificare un prolungamento della prognosi. Ho chiaro che non mi è stata data garanzia di alcun determinato risultato terapeutico. Ho chiaro che ogni intervento terapeutico potrebbe non essere definitivo ma solo parte di un percorso più ampio.

Data Firma (del paziente o del familiare)

CONSENSO

Autorizzo il medico, ove necessario, a variare la terapia prevista al fine di raggiungere il miglior proposito terapeutico, ovvero al fine di fronteggiare eventuali stati patologici allo stato non evidenziabili.

Sono consapevole di poter revocare il mio consenso in ogni momento del percorso terapeutico.

Sono stato informato sulle potenzialità e sui limiti operativi della struttura sanitaria che mi ospita, nonché della possibilità di eseguire tale terapia in altre strutture.

Mi impegno a seguire scrupolosamente le indicazioni post trattamento che mi verranno fornite, avendo chiaro che l'inosservanza delle stesse può pregiudicare il risultato sperato. Sarà inoltre mia cura presentarmi regolarmente ai prescritti controlli e informare il curante di ogni eventuale variazione delle condizioni cliniche post trattamento. Ho chiaro che ogni ulteriore dubbio o curiosità che mi dovesse sorgere in seguito, verrà soddisfatto dagli stessi medici.

In conclusione dopo aver ricevuto i chiarimenti richiesti, sottoscrivo il presente atto e, consapevole che con l'apposizione della firma delle parti, l'atto acquista valore di prestazione del proprio consenso informato e di attestazione dei fatti ivi narrati, dichiaro specificatamente di:

- A) aver compreso quanto il sanitario ha spiegato e chiarito, come sopra sinteticamente riportato;
- B) di accettare i rischi della terapia paventati;
- C) chiedere di procedere al trattamento stesso;
- D) prestare consenso all'esecuzione del trattamento di ossigeno-ozono terapia;
- E) essermi documentato ampiamente, anche su internet, e ne ho discusso con il Medico resolvendo ogni mio dubbio.

Data Firma (del paziente o del familiare)

Informato sui diritti e sui limiti di cui al D 465 196/2003 "Tutela delle persone e di altri oggetti rispetto al trattamento dei dati personali", esprimo il mio consenso ed autorizzo il dott. Maurizio Maggiorotti al trattamento e conservazione dei miei dati personali per fini di scientifici, di diagnosi e di cura. Tale autorizzazione vale anche per chi lo sostituisce in sua assenza.

Data Firma (del paziente o del familiare)