



Io sottoscritto/a Codice Fiscale dopo il colloquio col Medico Specialista, dichiara di essere stato/a informato/a verbalmente sul Trattamento con Onde d’Urto ed ho chiaramente compreso che:

- per la patologia riscontratami è opportuna l’esecuzione della terapia medica indicata come “TRATTAMENTO CON ONDE D’URTO (E.S.W.T.);
- il trattamento con onde d’urto focali extracorporee potrebbe comportare un temporaneo peggioramento della sintomatologia dolorosa locale nella sede di trattamento, per alcuni giorni o anche per alcune settimane;
- l’efficacia terapeutica del trattamento di cui sopra potrà essere correttamente valutata anche dopo due mesi dalla fine del ciclo di trattamento stesso;
- in seguito al trattamento, potrebbero manifestarsi effetti collaterali transitori quali: arrossamento o dolore sul punto di applicazione (anche non immediati)
- il trattamento con onde d’urto focali è controindicato in gravidanza, nei disordini della coagulazione non compensati e, in taluni casi, anche durante terapia con anticoagulanti orali, nonché in caso di infezione acuta e neoplasia nel campo focale, nei portatori di pace-maker (se utilizzato litotritore elettromagnetico), nelle vicinanze di tessuto polmonare, encefalico, midollare e grandi nervi;
- il raggiungimento dell’efficacia terapeutica potrebbe anche richiedere più di un ciclo trattamenti;

Ciò premesso acconsento non acconsento

che mi venga praticato il trattamento con onde d’urto.

Cologno Monzese,

Firma del paziente

Firma del Medico

.....

.....