



Poliambulatorio Vespucii s.r.l.

CONSENSO INFORMATO Prestazione Medica

Mod. 2.2.2

Edizione 01 Rev. 01

Del 30/11/2021

Pag. 1 di 1

Io sottoscritto _____

In qualità di esercente la potestà sul minore _____

In qualità di tutore del paziente _____

Dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dott. _____ che per la patologia

riscontratami _____

- È opportuna l'esecuzione della terapia con **onde d'urto**
- È opportuna l'esecuzione della terapia con **mesoterapia**
- È opportuna l'esecuzione della terapia con **infiltrazione /aspirazione/artrocentesi** – Fiala Lotto N. _____
- È opportuna l'esecuzione della terapia con **infiltrazione ecoguidata**

Dichiaro di essere stato informato sul tipo di anestesia cui eventualmente verrei sottoposto ed ai rischi che la stessa potrebbe comportare.

- Dichiaro di non essere affetto da patologie nervose e vascolari periferiche;
- Dichiaro di non essere portatore di pacemaker;
- Dichiaro di non essere affetto da malattie della coagulazione e di non assumere anticoagulanti;
- Dichiaro di non essere in stato di gravidanza;
- Dichiaro di non essere affetto da patologie tumorali o infettive acute in atto (nella sede da trattare).

Di quanto prospettato mi sono stati spiegati in maniera esauriente e comprensibile:

- Gli obiettivi;
- I benefici;
- Gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze menomanti;
- I limiti del trattamento.

Concordo che la pratica medica e chirurgica non è una scienza esatta; benchè nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili.

Firma leggibile paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore _____

Firma leggibile del medico _____

Data ___ / ___ / _____