



Prestazioni Sanitarie  
Naturopatia Omeopatia Ozonoterapia Terapia Olistica

## NOTA INFORMATIVA PER IL CONSENSO DEI PAZIENTI DA SOTTOPORRE AD OSSIGENO-OZONOTERAPIA

Quanto riportato nella presente scheda fornisce delle informazioni sommarie e non ha la pretesa di sostituire il colloquio informativo, che è fondamentale, tra medico e paziente

La terapia con ozono miscelato a ossigeno è indicata in diverse patologie principalmente legate al dolore. Tra queste le lombosciatalgie da discopatie cervicali, dorsali e lombari, nelle patologie osteoarticolari tra cui coxartrosi, gonartrosi, artrosinoviti del ginocchio, spalla dolorosa (tendinopatia cuffia rotatori), sindrome del tunnel carpale, dito a scatto, artropatia dita mano, alluce valgo, patologia dolorosa piede (tunnel tarsale, capsuliti, borsiti, neuroma di Morton, fascite plantare), tendinopatie (epicondilite, epitrocleite, patologia tendine d'Achille), tender points (punti dolorosi), sindrome dolorosa articolazione temporo-mandibolare e qualsiasi patologia dolorosa di natura traumatica o degenerativa non citata sopra. Diverse le vie di somministrazione della miscela gassosa, iniezione nei fasci muscolari (conflitto disco-radicolare, sindrome miofasciale), iniezioni percutanee simmetriche paravertebrali in corrispondenza dello spazio discale interessato da ernia o discopatia o a livello delle radici coinvolte, iniezione perinervosa (tunnel carpale, tunnel tarsale), iniezione intra-periarticolare (gonartrosi, coxartrosi, spalla dolorosa), iniezione peritendinea, iniezione intradermica e/o sottocutanea nei punti dolorosi. L'infiltrazione è eseguita, previa accurata disinfezione, con aghi sottili, sterili monouso. Successivamente si procede all'iniezione della miscela gassosa in modo sicuro ed accurato, utilizzando apposite siringhe e filtri antibatterici, garantendo un'adeguata asepsi. Sono eseguite più infiltrazioni con frequenza generalmente bisettimanale, in tempi successivi. Ove necessario, sono consigliati richiami almeno due volte all'anno. È stato ipotizzato che il meccanismo di azione dell'infiltrazione con ossigeno-ozono si realizzi attraverso un'azione metabolica locale con conseguente azione decontratturante e trofica, riduzione del dolore e dell'infiammazione, con buona efficacia terapeutica (75 ÷ 80%). La procedura viene in genere ben tollerata dal paziente, talora si può avvertire una temporanea sensazione di pesantezza o un dolore urente (bruciore) transitorio, esiste anche la possibilità di un risveglio temporaneo, in genere per pochi minuti, della sintomatologia dolorosa "dolore risvegliato". I rischi connessi a tale procedura sono quelli legati all'iniezione (ematoma nella sede di iniezione) o a reazioni vagali (sudorazione, bradicardia, ipotensione con alterazioni del ritmo cardiaco). Controindicazioni cliniche assolute sono rappresentate da: gravi infarti o severa cardiopatia, importante ipertensione. Controindicazioni cliniche relative: gravidanza, ipertiroidismo severo, terapie in atto con antidepressivi o psicofarmaci, favismo. Altre tecniche di somministrazione dell'ozono possono essere eseguite mediante ozonizzazione del sangue (piccola e grande autoemo) con dispositivi medici ozono resistenti e ad alta tecnologia, applicazione di sacca di plastica e insufflazione rettale. I protocolli, decisi dopo approfondita anamnesi eseguita durante la visita medica, possono essere indicati in svariate patologie di medicina interna quali epatopatie, allergie, cefalee gravi, depressione e altre malattie rare di origine genetica o autoimmune.

### PROMEMORIA

l'assunzione di farmaci non interferisce con l'ossigeno-ozonoterapia  
è possibile consumare una leggera colazione prima del trattamento

### il giorno del trattamento:

- portare con sé la dichiarazione di "Consenso Informato", lastre e relazioni precedenti

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE

- ✓ Informato dell'utilità della tecnica, di eventuali rischi e conseguenze dell'ossigeno-ozonoterapia, come riportato nella Nota Informativa;
- ✓ Avendo il Medico esecutore della prestazione soddisfatto le mie richieste di informazioni con risposte esaurienti ai fini di una decisione consapevole;
- ✓ Informato sulla facoltà di revoca al consenso e di interruzione del trattamento, con implicita accettazione delle conseguenze cliniche derivanti (persistenza del dolore, aumento della disabilità...);

Il/la sottoscritto/a (\*) \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

apponendo la propria firma acconsente \_\_\_\_\_ ad essere sottoposto/a \_\_\_\_\_ a terapia con ossigeno-ozono.  
a sottoporre il/la paziente

Firma del/della paziente (\*) ..... Firma del medico .....

Data .....

(\*) *Rappresentante o tutore (in caso di paziente non collaborante o minore)*



Prestazioni Sanitarie  
Naturopatia Omeopatia Ozonoterapia Terapia Olistica

## **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Il/la sottoscritto/a .....nato/a a .....(Prov .....)  
Il ..... , residente a (C.A.P.....) ..... (Prov. ....)  
in via/piazza ..... nr. ....

### **Dichiara di essere stato informato su:**

1. Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
2. I soggetti e le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
3. Il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
4. Il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
5. La necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Camerano, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente ai fini di diagnosi e cura al Medico Operatore.

Firma dell'interessato o del rappresentante legale .....