



Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa

Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI OZONOTERAPIA/DISCOLISI PERCUTANEA

CHE COSA È?

Una procedura terapeutica mini-invasiva che utilizza radiazioni ionizzanti e consiste **nell'iniezione percutanea, previa anestesia locale, di una miscela di ossigeno-ozono** nel forame di coniugazione tra due vertebre o a livello delle faccette articolari vertebrali, attraverso un ago spinale introdotto sotto controllo TAC.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

A COSA SERVE?

L'indagine serve per il trattamento delle sindromi dolorose causate da conflitto disco-radicolare (discopatia, ernia del disco) creando una disidratazione dell'ernia, riducendola di dimensioni e risolvendo alla base la sofferenza della radice nervosa, responsabile della sintomatologia dolorosa.

Altre indicazioni al trattamento riguardano la patologia artrosica, l'infiammazione radicolare, la stenosi canalare, la fibrosi cicatriziale e la sindrome delle faccette articolari.

COME SI EFFETTUA?

La procedura viene eseguita sotto guida fluoroscopia, nelle condizioni di massima asepsi.

Attraverso un ago sottile si infila nel sito d'interesse una piccola quantità di gas (una miscela di ossigeno ed ozono), che ha un effetto antinfiammatorio antalgico.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le complicanze riportate sono piuttosto rare:

- Sensazione di pesantezza e/o di lieve dolore urente (bruciore) comunque di breve durata e a risoluzione spontanea.
- **Ematoma nella sede dell'intervento.**
- Radicolite (con dolore che può durare da qualche giorno fino ad un paio di mesi)
- Riacutizzazione del dolore che può comparire dopo qualche giorno e perdurare fino a qualche settimana
- Spondilodiscite (la complicanza più grave, molto rara, con infiammazione ed infezione del disco e delle vertebre sopra- e sottostante).
- Crisi vagale (bradicardia, calo pressorio, sudorazione)

L'equipe è in grado di fornirle la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Non è necessaria alcuna preparazione nè interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).



Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa

Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo

Richieste del paziente.....
.....
.....

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO
INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE SUDETTA**

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;

- **della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;**

- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo

Eventuale interprete

Data _____ Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI NO

Data _____ Firma del paziente _____

POSSO CAMBIARE LA MIA **DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE
DELL'ESAME?**



Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa

Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____ Firma _____