

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente:

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico** (al momento della proposta della prestazione):
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
a discrezione del medico può essere praticata anche la tecnica della moxa (riscaldamento degli aghi infissi) o della coppettazione (massaggi con coppette di vetro).
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
scopo dell'agopuntura è la attenuazione o la risoluzione delle cause che hanno condotto a questa terapia.
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
mantenimento della causa che condotto a questa terapia
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione** (al momento della proposta) **e possibili complicanze:**
al momento dell'infissione dell'ago il soggetto può percepire un leggero dolore locale che scompare in qualche minuto. Inoltre non sono state descritte reazioni avverse maggiori; raramente (inferiore all'1% dei casi) possono presentarsi reazioni avverse minori come reazioni emotive, aggravamento dei sintomi, nausea e collasso, dolori intensi od ematomi cospicui; nel 15% dei casi sono stati descritti effetti collaterali transitori quali aggravamento dei sintomi, ematomi modesti, dolore, modesto sanguinamento..
- f) **possibili problemi di recupero** (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):
nessuno.
- g) **possibilità di alternative** (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):
possono essere utilizzate le altre forme di terapia in uso alla medicina convenzionale.
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
NESSUNA

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |
data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

AGOPUNTURA

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di chi ne fa le veci

Firma del Testimone
(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete

da Archiviare in Sede

Nome e cognome del Paziente:

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico** (al momento della proposta della prestazione):
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
a discrezione del medico può essere praticata anche la tecnica della moxa (riscaldamento degli aghi infissi) o della coppettazione (massaggi con coppette di vetro).
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
scopo dell'agopuntura è la attenuazione o la risoluzione delle cause che hanno condotto a questa terapia.
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
mantenimento della causa che condotto a questa terapia
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione** (al momento della proposta) **e possibili complicanze:**
al momento dell'infissione dell'ago il soggetto può percepire un leggero dolore locale che scompare in qualche minuto. Inoltre non sono state descritte reazioni avverse maggiori; raramente (inferiore all'1% dei casi) possono presentarsi reazioni avverse minori come reazioni emotive, aggravamento dei sintomi, nausea e collasso, dolori intensi od ematomi cospicui; nel 15% dei casi sono stati descritti effetti collaterali transitori quali aggravamento dei sintomi, ematomi modesti, dolore, modesto sanguinamento..
- f) **possibili problemi di recupero** (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):
nessuno.
- g) **possibilità di alternative** (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):
possono essere utilizzate le altre forme di terapia in uso alla medicina convenzionale.
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
NESSUNA

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |
data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla
proposta di essere sottoposto/a a:

AGOPUNTURA

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di chi ne fa le veci

Firma del Testimone
(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete