

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN PARA VERTEBRAL INTRAMUSCULAR LUMBAR

Copyright © Aepromo, abril 2018
All rights reserved

Nota Bene: Los consentimientos informados redactados por AEPROMO son guías que pone a disposición de todos sus asociados, con el ánimo de que sean utilizados por los profesionales cuando aplican la ozonoterapia, adaptándolos a las situaciones específicas de cada paciente. Aepromo recomienda a todos sus asociados que siempre el consentimiento informado específico sobre la ozonoterapia, escrito y debidamente firmado por el paciente o su representante legal, sea parte integrante de su historia clínica.

Es al profesional de la salud (en España: médicos, odontólogos, veterinarios y podólogos - en las áreas para las cuales su profesión y legislación vigente se los permite; en otros países dependiendo de su legislación) a quien le compete, con sus estudios, conocimientos y experiencia, asumir profesionalmente cómo aplica la ozonoterapia con sus pacientes. Los protocolos redactados por AEPROMO pueden ser consultados en la sección correspondiente de esta “zona socios” de la página web.

AEPROMO apoya y promueve la Declaración de Madrid sobre la Ozonoterapia, ISCO3, 2ª. ed., 2015, 50 páginas.

<http://aepromo.org/declaracion-de-madrid-sobre-ozonoterapia-2a-edicion/>

AEPROMO hace el esfuerzo para que los consentimientos informados estén actualizados y por ello hace un llamado a todos sus asociados para que con sus aportes, sugerencias, experiencias y conocimientos se puedan ir mejorando.

Para más información sobre los consentimientos informados leer “Consentimiento informados – Información General” en esta misma sección.

He sido debidamente informado/a verbalmente y por escrito sobre la práctica del oxígeno-ozonoterapia y he comprendido claramente que:

- El ozono es un gas derivado del oxígeno medicinal, producido in situ por un equipo testado y aprobado por la CE clasificación IIb.
- Todo el material utilizado es desechable y elaborado según las directivas ministeriales.
- Es una terapia complementaria a la terapia farmacológica y quirúrgica.
- No substituye ni interrumpe terapia farmacológica ni quirúrgica en curso.
- No es resolutiva de la enfermedad que actualmente me afecta.
- No se puede garantizar ni prever el porcentaje de resolución de mi enfermedad.

- Las contraindicaciones para la aplicación de esta terapia son: Favismo, infarto agudo del miocardio reciente, trastornos de la coagulación.
- El procedimiento pretende mejorar el proceso degenerativo de la articulación y paliar el dolor que me afecta. Esta terapia no es curativa.
- El procedimiento consiste en la infiltración paravertebral intramuscular profunda en zona lumbar, a 1.5-2.0 cm de la apófisis espinosa.
- Se realizarán una serie de 10-12 infiltraciones al ritmo de una por semana.
- Las concentraciones y dosis de oxígeno-ozono que se usan, son acordes a la Declaración de Madrid sobre la Ozonoterapia, Isco3, 2ª. ed., 2015.
- Sentiré sensación de ocupación y pesadez en la zona que durará unos 3 días.
- La infiltración local de ozono provoca a veces dolor intenso que cede espontáneamente de forma rápida (10-15) min
- La infiltración local puede provocar pequeños hematomas que se reabsorben espontáneamente, como también pequeño sangramiento del punto infiltrado que también se resuelve espontáneamente en pocos minutos.
- Toda la modalidad del tratamiento de oxígeno-ozonoterapia se realiza por personal médico especializado y acreditado en esta terapia.
- He sido informado/a verbalmente y por escrito por parte del médico de otras alternativas terapéuticas así como de los posibles riesgos a los que me expongo.
- Puedo ejercer el derecho de suspender o revocar por escrito la terapia en cualquiera de sus fases.

Paciente	Consiento y autorizo a Dr. Colegiado No. que me instaure el tratamiento de Oxígeno-Ozonoterapia mediante infiltración intramuscular paravertebral.	
	Nombre y apellidos:	
	DNI (Documento Nacional de Identidad):	
	Lugar y fecha:	Firma: