

CONSENTIMIENTO INFORMADO INSUFLACIÓN RECTAL CON OXÍGENO OZONO

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 promociona 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 mejorándolos.

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

He sido debidamente informado verbalmente y por escrito sobre la práctica de la oxígeno-ozono-terapia 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 resolutive 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 de miocardio reciente, trastornos de la coagulación.
- ❖ Se aplicará un ciclo de 20 insuflaciones rectales al ritmo de una por día o en días alternos a dosis específicas para la patología que se va a tratar.
- ❖ El procedimiento consiste en introducir 10 cm de una sonda en el recto con el fin de insuflar lentamente una mezcla de oxígeno-ozono, en volumen y concentración que siguen las pautas de la Declaración de Madrid sobre la Ozonoterapia, Isco3, 2ª. ed., 2015.
- ❖ No es posible garantizar ni prever la certeza en porcentaje del resultado de la terapia.
- ❖ Las contraindicaciones para la aplicación de esta terapia son el Favismo, infarto agudo de miocardio reciente, trastornos de la coagulación.
- ❖ Hasta ahora no se ha descrito ningún caso de alergia, a pesar de los miles de tratamientos aplicados en diferentes países.
- ❖ Toda la modalidad del tratamiento de oxígeno-ozonoterapia es realizada por personal médico-sanitario especializado 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 al Dr..... Colegiado No. que me instaure el tratamiento de Oxígeno-Ozonoterapia mediante insuflación rectal.	
	Nombre y apellidos:	
	DNI (Documento Nacional de Identidad):	
	Lugar y fecha:	Firma: