

Consentimiento informado ondas de choque

Las Ondas de Choque que utilizamos son ondas acústicas electro-hidráulicas, generadas por el electrodo, cuyo conductor es el agua y el punto de contacto para la transmisión es una membrana que se aplica en el lugar a tratar, utilizando un gel normalizado de ecografía como elemento de contacto.

Patologías a tratar:

1. Lesiones músculo-tendinosas (inflamaciones agudas, crónicas, fascitis, calcificaciones). Lesiones óseas (fracturas, retardo de la consolidación, pseudo-artrosis, necrosis, artrosis, osteocondritis), aflojamiento de prótesis.
2. Lesiones de la piel (heridas con pérdida de sustancia superficial y heridas por abrasión, quemaduras, úlceras vasculares por decúbito, necrosis cutánea, queloides).
3. Puntos gatillo.
4. Edemas en MMS y en MMI.
5. Disfunción eréctil.

El protocolo de tratamiento depende de la patología. Consiste en un número de sesiones fijadas por el facultativo, y un número de ondas que se decide en función de la patología y evolución de la misma.

El tratamiento se realiza habitualmente en consulta mediante la aplicación de las ondas, pudiendo dar lugar a leves molestias. Cuando la intensidad de la onda lo requiera se realizará en quirófano con anestesia loco-regional/general.

Se nota alivio en las primeras horas. El dolor regresa en las 24-48h. siguientes incluso empeorando, con mejoría a partir de los 7-10 días siguientes.

Puede haber efectos secundarios menores, como pequeños hematomas subcutáneos que se controlan con la aplicación de hielo sobre la zona tratada durante varias horas después del tratamiento.

Las Ondas de Choque están contraindicadas en pacientes con tratamientos anticoagulante, aquellos que padezcan neoplasias (tumores), estar en periodo gestante, ser portador de marcapasos, tener arritmias, y durante infecciones agudas. No pueden ser aplicadas en huesos del cráneo (excepto maxilares), ni en núcleos de crecimiento. En caso de conocer el paciente alguno de los supuestos referidos ha de manifestarlo y hacerlo constar.

Declaración de consentimiento:

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar,

El/La Dr./Dra. _____

Me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO a la práctica del tratamiento con ondas de choque que se me propone. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____