

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENÉRICO PARA TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE Y ONDAS DE PRESIÓN RADIAL

APELLIDOS, NOMBRE _____

D.N.I.: ----- Nº Hª:.....

NOMBRE DEL MEDICO QUE LE INFORMA:Fecha:/...../20.....

Como paciente, Usted tiene derecho a ser informado de los beneficios y riesgos derivados de los tratamientos con Ondas de Choque Extracorpóreas que, debido a la patología que padece.

A. INFORMACIÓN

El propósito de esta información es que usted conozca mejor el procedimiento y pueda tomar la decisión, libre y voluntaria de autorizar o rechazar dicho procedimiento.

B. RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

Los tratamientos con Ondas de Choque Extracorpóreas y/o Ondas de Presión Radial realizados por un médico, fisioterapeuta o profesional sanitario cualificado, certificado por la SETOC, la ISMST y/o Onlat, siguiendo sus recomendaciones y debidamente aplicados en las indicaciones establecidas por la ISMST, carecen prácticamente de riesgos importantes. Las complicaciones y efectos secundarios de los tratamientos pueden ser:

- a. Dolor: en ocasiones, y será controlado por la comunicación permanente entre médico y paciente, graduando la intensidad y duración del tratamiento, de forma que sea perfectamente tolerable. En algunas ocasiones, puede ser necesario utilizar previamente una técnica de anestesia. Recibirá instrucciones para paliar el dolor, en caso de producirse después de las ondas.
- b. Enrojecimiento subcutáneo, equimosis, petequias, hematomas: en pocas ocasiones y muy transitorios pues suelen desaparecer a los pocos días
- c. Parestesias: adormecimiento y hormigueos del miembro tratado: en pocas ocasiones y también muy transitorios, que ceden al poco tiempo.
- d. Tinnitus o ruidos en el oído: descritos en muy pocas ocasiones. Si usted tiene predisposición o padece alguna patología del oído adviértaselo al médico, pues éste tomará las medidas protectoras pertinentes que harán más difícil que se pudieran producir.
- e. Mareo, Sudoración, Náuseas, Hipotensión y desvanecimiento durante el tratamiento: en muy raras ocasiones.
- f. Roturas tendinosas: Se han descrito muy pocos casos, siempre en los casos de Tendinopatías muy severas con gran deterioro del tendón.
- g. Complicaciones del estado general: Una técnica correcta en la aplicación de los Tratamientos con Ondas de Choque descarta que se produzcan alteraciones graves del estado general del paciente. Sin embargo, éstas podrían ser desencadenadas en ocasiones excepcionales por los procedimientos complementarios realizados (anestesia, sedación, etc...), y ser favorecidas por múltiples factores asociados, como la edad, patologías concomitantes y situación vital de cada paciente.
- h. Riesgo adicional de

C. DECLARO

Que no estoy en cuarentena y no he tenido síntomas / signos o sospecha de estar afectado por la infección Covid-19 durante al menos 2 semanas.

Entiendo y acepto los riesgos actuales a los que me expongo al asistir a la consulta presencial y la posibilidad de contagiarme durante la pandemia Covid-19 u otra epidemia, en que no se puede garantizar un riesgo nulo de transmisión a pesar de todas las medidas de seguridad tomadas durante la atención, de forma que le exonero de cualquier tipo de consecuencia que se pueda derivar del tratamiento asistencial, siempre que no sea fruto de la mala praxis profesional.

Que he recibido información clara y sencilla, de forma oral y/o por escrito acerca del Tratamiento con Ondas de Choque Extracorpóreas en la patología

El/la médico que me atiende 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 con mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa.

Me he informado de otras alternativas posibles. He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria. EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE TODAS LAS SESIONES QUE REQUIERE MI PATOLOGÍA.

Firma del paciente

Nombre, apellidos.....

DNI.....

Firma del médico

Nombre, apellidos.....

Nº Col.....

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña. D.N.I.

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):

Firma:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA Y NO DESEO PROSEGUIR EL PLAN DE TRATAMIENTO, QUE DOY EN ESTA FECHA POR FINALIZADO. Fecha:

Firma del paciente Firma del médico responsable

Nombre, apellidos.....

Nombre, apellidos.....¹

¹ Consentimiento Informado aprobado en reunión de Junta Directiva SETOC nº 8 – 19 Octubre 2020