



**CONSENSO INFORMATO AI TRATTAMENTI DI TERAPIA
MICROCIRCOLATORIA DEL DOLORE
(infusione sottocutanea di Anidride Carbonica)**

Nome e Cognome Data di Nascita

DICHIARA:

di aver avuto un incontro con il Dott. Domenico mercurio che mi ha ampiamente informato circa il trattamento mediante Terapia Microcircolatoria del Dolore (infusione sottocutanea di Anidride Carbonica).

Si utilizzano applicazioni con uno strumento ad emissione di gas anidride carbonica a pressione compresa tra 1-1,5 bar.

Sono stato informato Dott. Domenico Mercurio della possibilità che durante il trattamento si avverta una sensazione di “bruciore” e dolore legata all’introduzione del gas anidride carbonica in zone particolarmente caratterizzate da fibrosi.

Sono stato altresì informato della possibilità di sviluppare edemi locali, eritemi e sensazione di dolore oppure ecchimosi dovuti al traumatismo dell’ago.

Talvolta può comparire la sensazione di arto pesante che tende a scomparire in pochi minuti, così come la sensazione di crepitio sottocutaneo.

Sono stato informato che le seguenti condizioni cliniche costituiscono **CONTROINDICAZIONI** al trattamento e Dichiaro di **NON** esserne affetto da:

- Infarto miocardico acuto
- Angina instabile
- Accidenti tromboembolici acuti in atto
- Grave insufficienza renale
- Grave ipertensione non controllata
- Scompenso cardiaco conclamato
- Insufficienza renale, respiratoria o cardiaca cronica grave
- Diabete mellito scompensato
- Anemia grave
- Gangrena gassosa

Costituiscono controindicazioni assolute la presenza di uno stato di gravidanza e/o allattamento

Dichiaro che sono stato informato dal Dott. Domenico Mercurio che allo stato attuale delle conoscenze scientifiche non esiste rischio di complicazioni gravi.

Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato e che ho compreso lo scopo e la natura del trattamento di Terapia Microcircolatoria del Dolore (infusione sottocutanea di Anidride Carbonica) oltre ai rischi e alle complicazioni che ne potrebbero derivare.

Presto, pertanto, il mio assenso al trattamento così come mi è stato illustrato.

Data

Firma del paziente Firma del medico