

Stampare e Compilare

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DI IDROCOLONTERAPIA

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ residente a _____

dichiaro, liberamente ed in piena capacità di intendere e di volere, di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile dal Dott. ROSA VIINCENZO circa la natura della patologia/disturbo di cui sono affetto e per la quale ho concordato con il suddetto dottore il trattamento terapeutico di

IDROCOLONTERAPIA per _____

Dichiaro di essere stato informato circa:

A) la modalità di esecuzione del trattamento; che consiste nell'irrigazione della cavità del grosso intestino (colon), così come raffigurato di seguito, con acqua riscaldata.

B) per ottenere un valido risultato terapeutico si consiglia un ciclo di sedute (almeno 4-5) da concordare con lo specialista. L'inquadramento clinico (visita) è preliminare al trattamento.

C) le controindicazioni alla metodica:

- Cardiopatie ed ipertensione grave
- Gravi patologie epatiche e renali
- Gravidanza in atto
- Presenza di tumori del Colon e Morbo di Crohn . Colite ulcerosa
- Recenti interventi addominali
- Emorroidi con fatti infiammatori in atto
- Epilessia
- Patologie artero-venose addominali e toraciche
- Addome acuto
- Pelvi-peritonite o annessite

C) i rischi e le possibili complicanze specifiche e generali legate a tale procedura:

- **Traumatismo dello sfintere anale**
- **Rettorragia**
- **Peritonite e Perforazione colica**
- **Sincope o crisi vaso-vagale**
- **Febbre**
- **Ipotensione**
- **Nausea e Vomito**
- **Colica biliare**

Preso atto di quanto precedentemente riferitomi ed in piena libertà accetto di sottopormi al trattamento suddetto.

Firma del paziente _____ Firma del genitore o tutore _____

Firma del medico _____

Data ____/____/201__

Castel Goffredo MN