



### INFORMATIVA – CONSENSO INFORMATO ONDE D'URTO

Le onde d'urto sono onde di natura meccanica.

Le onde d'urto possono essere indicate in ambito ortopedico, non solo per la cura di molte patologie dei tendini e dell'osso, ma anche del muscolo. Attualmente il principale campo di applicazione delle onde d'urto extracorporee è rappresentato proprio dalle patologie dei tendini (specie se in fase cronica e refrattarie ad altre terapie), così come dai disturbi della rigenerazione ossea (pseudoartrosi e ritardi di consolidazione). Inoltre, soprattutto in ambito di traumatologia dello sport, sono state introdotte nuove indicazioni anche per il muscolo, per facilitare il recupero in caso di distrazione muscolare, contratture, dolore da fibrosi e ossi-calcificazioni post-traumatiche.

E' bene precisare che le onde d'urto possono essere indicate per le patologie tendinee e affini anche in assenza di calcificazioni.

Lo scopo del trattamento con onde d'urto extracorporee in ambito muscolo-scheletrico non è la "rottura" delle calcificazioni. L'azione della terapia (e quindi l'effetto terapeutico legato all'applicazione delle onde d'urto) non è di tipo traumatizzante diretto, ovvero non provoca lesioni ai tessuti, né tantomeno la frantumazione delle calcificazioni per rottura diretta. Si applica un'azione meccanica molto delicata (una sorta di "micro-massaggio" su cellule e tessuti), in grado di stimolare alcune reazioni biologiche, che si esplicano con un effetto antinfiammatorio, antiedemigeno e antidolorifico, oltre a migliorare localmente la microcircolazione. È possibile che in alcuni casi (non costantemente e non subito) si riassorba una calcificazione, ma ciò avviene per via secondaria, attraverso un meccanismo di tipo biochimico.

#### **CONTROINDICAZIONI:**

- La presenza nel campo focale da trattare, o immediatamente vicino, di strutture delicate quali encefalo, midollo spinale, gonadi o organi cavi come polmone e intestino: nel passaggio dell'onda sonora dal mezzo solido a quello gassoso si rischia di provocare lesione ai tessuti
  - Gravidanza
  - Terapia con Anticoagulanti Orali (sia TAO che NAO, es. Warfarin, Dabigatran) e gravi patologie della coagulazione del sangue: per facilità al sanguinamento
  - Neoplasie
  - Infezioni dei tessuti molli o dell'osso
  - Pacemaker o elettrostimolatori
  - Bambini e adolescenti (nuclei di ossificazione non ancora saldati)

#### **Rischi del mancato trattamento**

Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche.

#### **Alternative al trattamento**

Non vi sono alternative al trattamento



## CONSENSO INFORMATO

IDL 01-MDS8  
allegato 01-Rev. 02  
Del 12.06.24

### CONSENSO INFORMATO ONDE D'URTO

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.01.2022)

<b>Io sottoscritto/a</b> (Nome e Cognome)					
<b>Nato/a a</b>		<b>Il</b> (gg/mm/aaaa)			
<b>Documento d'identità</b> (Specificare tipo di documento)		<b>n.</b>		<b>del</b>	
<b>In qualità di:</b>	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Tutore/Rappresentante legale del/la sig./ra:				

### DICHIARO

DI ESSERE STATO INFORMATO/A IN MODO CHIARO, COMPRENSIBILE ED ESAURIENTE SUL TIPO DI TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

PROPOSTO: TECNICHE, MATERIALI E MEZZI UTILIZZATI;

- sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione del trattamento fisioterapico suddetto;
- sui benefici attesi, i rischi presunti e le eventuali complicanze ed effetti collaterali;
- sui comportamenti da mettere in atto onde evitare e/o limitare eventuali complicanze durante e dopo il trattamento;
- sulla possibilità di interrompere liberamente ed in qualsiasi momento il trattamento fisioterapico;
- sull'impossibilità a procedere nel trattamento fisioterapico in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

DICHIARO INOLTRE DI:

- aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento fisioterapico proposto;
- aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento fisioterapico proposto e sulla qualità della mia vita in caso di rifiuto;
- aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- essere consapevole che la decisione di accettare il trattamento fisioterapico proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento;

**Per lo stesso tratto corporeo dichiaro**

<input type="checkbox"/> DI ESSERE SOTTOPOSTO	<input type="checkbox"/> DI NON ESSERE SOTTOPOSTO
---	---

Contemporaneamente in **altro studio medico** a: \_\_\_\_\_

PERTANTO

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
-------------------------------------	---

LIBERAMENTE E CONSAPEVOLMENTE AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome e Cognome Paziente	Nome e Cognome del Medico Responsabile
*Firma Paziente	Firma del Medico Responsabile

(\* Per Pazienti minori allegare, al presente Consenso, il "Modello A minore"

<input type="checkbox"/> REVOCA DEL CONSENSO
--

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del paziente