

## MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO PER TERAPIA CON ONDE D'URTO

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### **Che cos'è l'onda d'urto?**

È una terapia non invasiva basata sull'erogazione di onde d'urto ad alta energia. L'onda viene focalizzata su l'area da trattare che può essere centrata anche mediante sistemi di puntamento ecografici o radiografici.

In che cosa consiste la terapia?

Consiste nell'appoggiare un applicatore a livello cutaneo che emette onde con effetto antalgico e litico sulle calcificazioni e microcalcificazioni esistenti. Il trattamento viene eseguito ambulatorialmente.

### **In quali casi si applica?**

La terapia con onde d'urto viene utilizzata per la cura di patologie del tessuto osseo, dei tessuti molli ed eventualmente della cute. Questi tipi di patologie trattate sono documentate in letteratura e riportano, percentuali di successo che vanno dal 60% al 80%.

Le patologie del tessuto osseo per le quali è indicata la terapia sono le pseudoartrosi e i ritardi di consolidazione delle fratture, il trattamento delle necrosi ossee, nella quali migliora la vascolarizzazione dell'osso, nelle rigidità articolari con o senza ossificazioni, nelle quali facilita la ripresa della motilità articolare.

Sui tessuti molli vi è indicazione al trattamento di epicondilite, fascite plantare, tendinopatie della spalla calcifica e non calcifica, tendinite del ginocchio, pubalgia, contratture e stiramenti muscolari.

Le indicazioni per i tessuti cutanei sono: difetti e ritardi di guarigione delle ferite, ulcere venose e arteriose, piaghe da decubito, piede diabetico, ematomi.

**Controindicazioni:** è controindicato in caso di gravidanza, presenza di pacemaker, gravi coagulopatie, l'irradiazione di un'area tumorale o infetta, posizionamento sopra grossi vasi, nervi o vertebre e in presenza di mezzi di sintesi o protesi nella zona da trattare.

### **L'onda d'urto è dolorosa?**

Durante il trattamento il paziente può avvertire un leggero disturbo in base al tipo di onda generata, intensità utilizzata e regione corporea trattata, comunque ben controllato dal medico operatore.

Gli effetti collaterali si possono riassumere in un raro e temporaneo aumento del dolore dopo il trattamento.

✘ ✘ ✘

La/Il sottoscritta/o, in base a precedenti valutazioni mediche, intende sottoporsi a un ciclo di terapia di onde d'urto. A tal proposito, dichiara di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulle metodologie applicate e sui rischi connessi. Acconsente liberamente, spontaneamente e in piena coscienza all'atto sanitario proposto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma del medico \_\_\_\_\_