

Pendio San Giuseppe, 1 - 80078 Pozzuoli NA - C.F. 93101340615 IBAN IT84F0200840102000104598956
Tel. 0815263026 www.amoronlus.com info@amoronlus.com

CONSENSO INFORMATO

Il sig. _____ in data _____

è stato informato a cura del dott. **Luongo Margherita** della natura della sua patologia che è rappresentata da:

L'anamnesi raccolta ha permesso di conoscere che il sig. _____

ha patito le seguenti patologie ed i seguenti interventi chirurgici:

Le indagini diagnostiche espletate ed esibite permettono di evidenziare che allo stato il

Il Sig. _____

lamenta le seguenti patologie concomitanti _____

L'Ossigeno ozono terapia in pazienti neoplastici sottoposti a chemioterapia si prefigge lo scopo di dimostrare come si riducano significativamente le complicanze legate alla chemioterapia.

Il trattamento con Ossigeno ozono terapia, in base alle conoscenze attuali, non interferisce né sostituisce i protocolli chemioterapici cui il paziente è sottoposto.

Il trattamento con Ossigeno ozono terapia così come illustrato in questo studio è un trattamento sperimentale supportato da ampie e convergenti basi scientifiche che indicano come non vi siano rischi aggiuntivi rispetto al trattamento con Ossigeno ozono terapia nel paziente non neoplastico.

In definitiva dichiaro che sono stato informato sull'utilizzo dell'Ossigeno Ozono terapia ed ho compreso che:

- L'ozono è un gas derivato dall'ossigeno, prodotto in loco utilizzando apparecchiatura marcata CE, tutto il materiale usato è monouso prodotto secondo le direttive Ministeriali.
- È una terapia complementare alle terapie farmacologiche e strumentali codificate dalla scienza e conoscenza internazionale per le singole e specifiche malattie.
- Non sostituisce né interrompe terapie farmacologiche strumentali che attualmente ho in atto.
- Non è possibile garantire né prevedere la certezza di risultati positivi sulla malattia della quale attualmente sono affetto/a ma solo una riduzione significativa delle complicanze della chemioterapia.
- La somministrazione del gas ozono in sede locale provoca dolore e/o senso di bruciore a volte anche intenso che recede in genere spontaneamente dopo 1-5 minuti.
- Nella sede di infiltrazione locale può accadere un ridottissimo sanguinamento che si risolve spontaneamente in pochi minuti.
- Durante la procedura della Grande Auto Emo Trasfusione (GAET), in fase di prelievo può accadere rottura della vena con comparsa di ematoma locale e/o lipotimia per reazione vaso-vagale soggettivamente non prevedibile. Ambedue gli eventi sono facilmente e prontamente dominabili dal personale sanitario.
- Dopo la fase di reinfusione sono stati segnalati rarissimi casi di senso di oppressione risoltisi spontaneamente nel giro di 1-3 ore.
- Tutte le modalità di procedura di ossigeno-ozono terapia sono praticate da personale medico che rimane presente per tutta la durata della procedura ed attivate secondo le linee guida delle società scientifiche italiane.

Si ribadisce che la terapia è SPERIMENTALE e praticata GRATUITAMENTE pertanto il paziente non può avere nulla a pretendere.

Tutto ciò **ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO**

Che mi venga praticato il trattamento con Ossigeno Ozono Terapia

Data ____/____/____

Firma del Paziente

Firma del medico

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI OSSIGENO-OZONO TERAPIA

Come accade in tutte le cure e i trattamenti, anche per la terapia con ossigeno-ozono è possibile:

- Una mancata o parziale risposta terapeutica
- Una recidiva della sintomatologia dopo un periodo di tempo variabile.

Sebbene i dati pubblicati nella letteratura scientifica riportino un'estrema rarità di eventi avversi, non può essere esclusa la possibilità che insorgano complicanze in analogia a quanto può accadere in ogni trattamento condotto per via parenterale.

Tale terapia è controindicata in caso di:

- Favismo
- Intervento chirurgico (non rimandabile)
- ipertiroidismo clinicamente manifesto
- Scompenso cardiocircolatorio
- Gravidanza

La ringraziamo per la gentile collaborazione.

Io sottoscritto

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

DICHIARO di essere stato informato dal dott. **Luongo Margherita** in merito alle indicazioni terapeutiche, alle modalità di esecuzione, ai rischi e alle eventuali alternative alla ozono terapia a cui sarò sottoposto. Dichiaro altresì di aver letto quanto sopra esposto e che mi atterrò alle indicazioni in esso contenute.

Pertanto **ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO**

Di essere sottoposto al trattamento di OZONOTERAPIA (valido esclusivamente se il medico proponente è MEDICO SOSTENITORE DELLA FONDAZIONE AMOR e se vengono certificate apparecchiature certificate secondo D.L. 46/97 CEE 93/42 in classe 2°).

Firma del paziente

Firma del medico

CONSENSO INFORMATO PER LA TERAPIA CON PREPARATO GALENICO A BASE DI CANNABIS
TERAPEUTICA (CONTENENTI THC E/O CBD/CBG)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ e residente a _____ in

Via _____ n. _____ telefono _____ dichiaro di essere

stato correttamente informato dal Dr./Dr.ssa _____ in merito alla terapia a cui

verrò sottoposto/a, con particolare riferimento a:

- Principi attivi prescritti
- Dosaggio
- Modalità di somministrazione • Durata del trattamento

ed ai potenziali effetti collaterali ed avversi, ed esprimo liberamente il mio consenso al trattamento. La necessità di ricorrere alla specialità medicinale sopraindicata è dovuta alla mancanza di valida alternativa terapeutica, avendo il sottoscritto praticato, senza benefici, le alternative disponibili in commercio sul territorio nazionale.

Ricevo e sottoscrivo la dichiarazione di impegno ad aderire alle condizioni di cura.

Data _____

Firma del paziente _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____

Recapito a cui fare riferimento in caso di emergenza _____