

Io sottoscritto/anato/ail [.....ID Paziente

prima di procedere con il prescritto Programma Terapeutico di sedute iperbariche dichiaro che, assieme al **dott.....** dell'Istituto Iperbarico, in sede di visita di avvio all'O.T.I. sono stato informato dettagliatamente, come qui di seguito descritto, su:

- **obiettivo del trattamento:** con descrizione dei vantaggi e dei limiti;
- **procedura terapeutica:** con visita ad una camera iperbarica evidenziando la sistemazione in essa e il sistema di ventilazione. La procedura terapeutica viene descritta in dettaglio nel Programma Terapeutico;

rischi e possibili effetti collaterali e complicazioni

- **rischi barotraumatici potenziali connessi alla terapia iperbarica:** barotrauma timpanico (*impossibilità a compensare, più frequentemente in Pazienti affetti da rinite o faringite: in tal caso avvertire subito il Medico Assistente. Può subentrare dolore ad un orecchio o ambedue*) barotrauma dentale (*dolore ad un dente*) barotrauma polmonare (*dolore in campo polmonare*), barotrauma gastrointestinale (*senso di gonfiore addominale, borborigmi*);
- **possibili effetti collaterali della terapia iperbarica:** irritazione corticale (*crisi epilettiche ossia crisi convulsive , estremamente rare, che possono verificarsi in Pazienti ansiosi o predisposti : Riferire al Medico responsabile se si è sofferto di epilessia o di traumi cranici*), irritazione delle vie aeree (*conseguente alla inalazione di ossigeno non umidificato, particolarmente in Pazienti affetti da tracheite o bronchite*), alterazioni della acuità visiva (*modificazione transitoria della visione distinta, possibile aumento della opacità del cristallino in pazienti già portatori di cataratta*)
- **possibili complicazioni in pazienti critici o pazienti affetti da diabete, ipertensione arteriosa, stati ansiosi :** iperglicemia o ipoglicemia prima o durante la terapia (*controllo della glicemia ed eventuale terapia medica*), crisi ipertensiva (*controllo della pressione arteriosa ed eventuale terapia ad hoc*), crisi di ansia (*assistenza ed eventuale terapia medica*).- Nelle complicazioni elencate come in altre eventualmente verificate durante la terapia è sempre possibile far uscire rapidamente il Paziente dalla camera iperbarica , praticando la idonea assistenza medica ed infermieristica.

- **principali oggetti e sostanze vietate:** lampade, radio, telefoni, televisori, accendini, fiammiferi, scaldini, torce, armi, penne stilografiche, orologi, giocattoli metallici (combustibili o con parti che producono scintille), pile non protette, ogni altro oggetto che possa produrre scariche elettriche, scariche elettrostatiche, scintille, combustioni attive; creme, unguenti, lacche, disinfettanti, grassi, oli, rossetti, smalti, ecc.; protesi particolari, guanti, bastoni, sedie, scarpe, bende, liquidi, involucri, grassi, oli, cibo, bevande, gioielli, oggetti personali non autorizzati dal responsabile medico della camera e/o dall'incaricato al controllo pazienti in pre-camera; cuscini e coperte personali non autorizzati.
- **vestiario non consentito in camera iperbarica:** indumenti in seta (p.e. foulard, fazzoletti, intimo, ecc.), indumenti in lana e/o in fibra sintetica (p.e. collant, intimo, tute, maglioni, pantaloni, gonne ,ecc.).
- **vestiario consentito in camera iperbarica:** indumenti in purissimo cotone 100%, cuscini, coperte, lenzuola o comunque di fibra adatta all'ambiente iperbarico e messa a disposizione dal Centro.

Dichiaro altresì di non aver occultato ai Medici che mi hanno visitato alcuna malattia precedentemente contratta e di essere a conoscenza della necessità di dover informare il personale sanitario di assistenza di qualsiasi inconveniente che si dovesse verificare prima, durante e dopo il trattamento. Sono stato informato della necessità di indossare solo vestiario e presidi (camicie e zoccoli antistatici ed ignifughi) forniti e/o consigliati dalla Struttura (come sopra descritto in dettaglio).

Dichiaro inoltre di aver ricevuto in sede di visita di avvio il "Foglio informativo" fornito dal Centro. Sono infine a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le eventuali complicità urgenti.

Pertanto, in piena coscienza, **O acconsento / O non acconsento a sottopormi al trattamento propostomi.**

Firma del medico OTI : Firma del paziente:

Autorizzo a fornire informazioni sul mio stato di salute alle seguenti persone:

Firma del paziente:

Trattamento di ossigenoterapia iperbarica a persona incapace di intendere e di volere o a minore

- Vista la condizione del paziente da trattare , che non consente la assunzione di responsabilità , e fatto presente tutto quanto precedentemente descritto, si richiede il consenso alla effettuazione della terapia al parente più prossimo presente o – in caso di minore – al Tutore:

Grado di parentela :

Nome e cognome

Firma del medico OTI: Firma del parente o tutore:

- Visto che il paziente non è accompagnato da alcun parente e che le condizioni patologiche risultano gravi ed acute, per cui è indicata urgentemente la ossigenoterapia iperbarica pena l'aggravarsi delle condizioni del Paziente o la possibile insorgenza di successive complicazioni , la responsabilità per la effettuazione della terapia stessa, richiesta dal Medico curante, viene assunta dal Medico OTI in servizio.

Firma del medico OTI :

Villafranca di Verona, li

Redatto da AQ:

verificato da RQ:

approvato da AD: