

CONSENSO INFORMATO PER L'IDROCOLONTERAPIA (ICT)

Cognome Nome
Data di nascita Luogo
Residenza Cap Via
Tel Cell Email

Motivo per il quale intendo sottopormi all'idrocolonterapia.....
.....
.....

Mi è stata dettagliatamente illustrata la tecnica che prevede il lavaggio del colon attraverso il posizionamento di una cannula a livello anale che viene collegata (con un circuito chiuso monouso) ad un dispositivo sanitario con la quale si può introdurre nel colon dell'acqua filtrata. Tale procedura, della durata indicativa di 30 – 40 minuti, può essere accompagnata da un massaggio esterno sulla parete addominale. L'acqua del lavaggio viene eliminata ad intervalli regolari attraverso la medesima entrata.

Durante o successivamente al trattamento, si possono avvertire effetti comunque temporanei che non pregiudicano l'efficacia del trattamento e che si risolvono in breve tempo:

- *lieve sensazione di nausea*
- *dolori viscerali*
- *gonfiore addominale*

Sono stato/a informato/a delle sensazioni che si avvertono (elencate precedentemente) durante o dopo l'ICT

Ho ricevuto risposte esaurienti e soddisfacenti a tutte le domande che ho posto.

Sono stati chiariti tutti i dubbi riguardo al trattamento in oggetto.

Ho compreso che il numero di sedute di ICT è variabile e dipende non solo dal tipo di problematica presentata, ma anche dalla risposta dell'organismo, dallo stile di vita, alimentazione e trattamenti complementari.

Sono a conoscenza che l'ICT potrebbe anche non garantire una completa e totale risoluzione dei miei problemi.

Un'attenta analisi della letteratura medica a tutt'oggi non segnala eventi avversi per l'utilizzo di questa tecnica terapeutica; tuttavia per ragioni di prudenza, riteniamo che in alcune condizioni cliniche non sia opportuno intervenire con la Idrocolonterapia, ma utilizza modalità alternative per intervenire sulla sintomatologia del paziente.

Le condizioni da noi individuate sono le seguenti:

gravidanza

gravi patologie cardiache o renali

retto colite ulcerosa in fase attiva

diverticoliti in atto

disturbi acuti ano-rettali (ragadi, ascessi, fistole, tromboflebiti emorroidarie)

Sono a conoscenza che in qualsiasi momento, prima, durante l'ICT o nel corso del programma terapeutico, posso revocare il mio consenso che altrimenti verrà presunto valido ad ogni successivo trattamento

Dichiaro di non aver omesso alcuna informazione relativa al mio stato di salute e alle eventuali patologie pregresse e in atto.

Dichiaro di aver letto attentamente il presente documento e di averne riconosciuto i contenuti medesimi dell'informazione, già ricevuta in forma orale, durante il colloquio con il Dott

Sulla base dell'informazione e dei chiarimenti ricevuti ed in piena libertà di giudizio

Intendo : ACCETTARE NON ACCETTARE

Il trattamento di ICT propostomi dal Dott..... e lo autorizzo ad avvalersi dei collaboratori che riterrà più opportuni.

Luogo e data.....

Firma del paziente.....

Firma del Medico.....