

 AZIENDA OSPEDALIERA TREVIGLIO <small>Sistema Sanitario Regione Lombardia</small>	<b>MODULO</b> <b>DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE</b> <b>E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO</b> <b>TERAPIA MEDIANTE STIMOLAZIONE</b> <b>MAGNETICA PERINEALE (SMP)</b>	Mod12PSUDIN01	Rev.: 0
		Data: 23/09/10	
		pag. 1	di: 2

<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
<b>DATA NASC:</b>	<b>TEL</b>

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal

Dott. \_\_\_\_\_  
riguardo alla procedura propostami. In particolare, dichiaro di aver compreso i contenuti dell'informativa seguente.

La metodica consiste nell'indurre contrazioni muscolari in seguito all'applicazione di campo magnetico. Questi campi magnetici penetrano nel perineo del paziente ed attivano gli impulsi nervosi che innervano i muscoli lisi e striati del pavimento pelvico dando luogo alla loro contrazione. Gli effetti collaterali sono rari: intolleranza soggettiva alla stimolazione, formicolio, senso di calore al perineo o sulle natiche, movimenti involontari dei muscoli delle natiche o gamba e coscia.

Durante o dopo l'inizio del trattamento potrebbe verificarsi un aumento del bisogno di evacuare o un peggioramento del sintomo incontinenza, di regola solo temporaneo. Dopo il trattamento alcuni pazienti possono avvertire dolore, debolezza, stanchezza o malessere nella regione pelvica.

Questa terapia non può essere effettuata in persone portatrici di pace-maker, donne gravide, anamnesi di aritmia cardiaca, portatore di protesi metalliche, pazienti con percezione sensoriale ridotta.

#### Dichiaro

di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente.

#### Dichiaro, altresì,

di avere ben compreso l'informativa e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti. Quindi, consapevolmente

**Accenso**  **Non accenso**  all'esecuzione della procedura.

**Accenso**  **Non accenso**  all'utilizzo dei miei dati per ricerche e statistiche a carattere scientifico, e per presentazione di casistiche a convegni e congressi nazionali e/o internazionali.

**Dichiaro** di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso prima dell'esecuzione della terapia.

Data di consegna	Data di sottoscrizione
Firma del/la paziente	Timbro e firma del medico

Se minore o non in grado di intendere e di volere

Entrambi i genitori: Madre	Padre
Tutore	

 AZIENDA OSPEDALIERA TREVIGLIO  Regione Lombardia	<b>MODULO</b> <b>DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE</b> <b>E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO</b> <b>TERAPIA MEDIANTE STIMOLAZIONE</b> <b>MAGNETICA PERINEALE (SMP)</b>	Mod12PSUDIN01	Rev.: 0
		Data: 23/09/10	
		pag. 2	di: 2

L'acquisizione del consenso informato ha richiesto la mediazione di	
Cognome nome	Firma
n. documento di identificazione	

Data di revoca del consenso	Firma del/la paziente
-----------------------------	-----------------------