



**EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE**  
sede Legale e Operativa: via D. Rossetti, 62 - 34141 Trieste  
sede Operativa Via Coroneo, 5 Trieste  
Tel: 040 360430 Fax: 040 3724455  
info@eutoniasanitaasalute.it

## **CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON LA METODICA "AGOPUNTURA"**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

con la firma sul presente modulo dichiaro di avendo consultato la dr.ssa \_\_\_\_\_ e da Lei sono stato informato sulle mie condizioni cliniche, sulla metodica e sulle modalità di esecuzione del trattamento con "Agopuntura".

In particolare sono stato informato del fatto che non sempre l'agopuntura è accreditata dalla scienza ufficiale e che la terapia con tale metodica non comporta l'esclusione al ricorso ad altre terapie ufficiali. Sono stato anche informato sulle possibili complicanze e in particolare sulla possibile, quantunque rara, insorgenza dei seguenti eventi avversi: lipotimia, sincope, sindrome vaso-vagale, ematoma, pneumotorace, aggravamento dei sintomi, mancata estrazione dell'ago, infezione locale e sistemica.

Avendo ottenuto soddisfacente risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento e avendo ben compreso quanto a me spiegato

### **autorizzo**

il medico ad effettuare il trattamento.

Tale consenso è libero da pressioni e revocabile in qualsiasi momento.

Trieste, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/la paziente-Tutore/Genitore

Il Medico Specialista

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_