

# SIPRO

  
*Società Italiana di Proloterapia*

Società Italiana di Proloterapia (SIPRO)

PROLOTERAPIA e NEUROPROLOTERAPIA

Modulo di CONSENSO INFORMATO Approvato dalla SIPRO

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a ..... il..... Residente  
in..... Via.....  
Tel.....

Dichiara di aver ricevuto dal Dott./Dott.ssa ..... chiare ed esaurienti  
spiegazioni riguardo alla terapia infiltrativa:

“PROLOTERAPIA e NEUROPROLOTERAPIA”

la “Proloterapia” e’ una terapia infiltrativa rigenerativa (con iniezioni di una soluzione di glucosio, previa anestesia locale) di tendini, legamenti ed articolazioni, ossia dei tessuti instabili dell’apparato muscolo-scheletrico. Tale terapia serve a rinforzare le strutture diventate deboli ed instabili per diverse ragioni. Questa instabilita’ provoca un dolore di tipo cronico con riduzione della funzionalita’ muscolare ed articolare. Il dolore cronico e’ indicativo di un processo infiammatorio prolungato e la Proloterapia serve a provocare una flogosi locale che stimoli una risposta immunitaria riparativa efficace.

Dichiara inoltre:

di aver ben compreso che detta terapia rientra nella medicina alternativa del dolore muscolo scheletrico, essendo scientificamente provata ed ampiamente utilizzata anche in strutture universitarie, quali l’University of Wisconsin Medical School in Madison, Wisconsin (USA). Sono stato informato che la Proloterapia, può per la sua stessa natura (proinfiammatoria), aumentare transitoriamente il dolore e seppur raramente causare una temporanea inabilitazione.

Le complicanze e gli effetti collaterali sono rari e modesti , ma sono possibili reazioni vagali con svenimento, ematomi in sede di puntura, infezioni, cefalea nelle infiltrazioni del rachide e febbre. E’ possibile altresì la reazione allergica.

La Neuroproloterapia (NPT) affianca la tradizionale Proloterapia (terapia che stimola la guarigione del tessuto connettivo legamentoso e tendineo) trattando ad un livello più superficiale le alterazioni sottocutanee causate dall’infiammazione neuropatica. Le applicazioni sono a intervalli settimanali fino alla completa risoluzione dei sintomi.

Dichiaro di aver informato il medico della mia storia clinica, passata e presente, dei farmaci che assumo e di quelli che mi provocano reazioni indesiderate. Confermo dunque che ho letto e capito quanto sopra riportato, non ho dubbi ed acconsento a sottopormi alle sedute di Proloterapia e/o Neuroproloterapia.

Dichiaro inoltre che sono stato informato dell'uso delle soluzioni naturali "off label" (Glucosio), che sono consapevole dell'uso di tali soluzioni naturali e che accetto di effettuare queste terapie.

Dichiaro che il Dott. \_\_\_\_\_ mi ha esaurientemente informato delle caratteristiche della terapia, delle soluzioni che vengono usate durante il trattamento e della loro efficacia, sugli eventuali effetti collaterali e sui costi .

Egli mi ha inoltre informato che essendo la risposta ai trattamenti medici necessariamente individuale non è possibile garantire alcun risultato a priori e che le alternative vere al trattamento proloterapico sono scarse e consistono in infiltrazioni di PRP (plasma ricco in piastrine) , ac. ialuronico.

Firma del paziente. LETTO APPROVATO..... Data  
..... Firma del medico.....

#### MODULO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, con la firma del presente