

## CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTO CRIOGENO MEDIANTE SISTEMA CRIOSAUANA

---

Con la presente lettera (composta da tre pagine) si documenta e si conviene quanto segue:

Il Centro Fisio&Lab ed il/la sig/ra \_\_\_\_\_

concordano una prestazione (della quale sono state chiarite la natura, i rischi, i vantaggi e gli eventuali effetti collaterali) di cui il la persona da trattare stessa, informata delle caratteristiche del trattamento e degli eventuali effetti collaterali che il trattamento stesso può comportare, manleva il Centro da ogni responsabilità.

Chi si sottopone al trattamento si dichiara soddisfatto/a ed esaurientemente edotto/a relativamente alle spiegazioni che gli/le sono state fornite prima del trattamento, in ordine ai probabili risultati che realisticamente potrebbero derivare dal trattamento stesso, alle modalità di svolgimento del trattamento, ai possibili rischi ad esso connessi ed alla possibilità di non raggiungere, a causa di caratteristiche personali intrinseche stesse, i risultati desiderati o sperati.

In particolare, chi si sottopone al trattamento dichiara:

- di sottoporsi volontariamente al trattamento e di averne compreso scopi e limiti;
- di avere potuto fare domande, ed aver ricevuto risposte chiare, complete e soddisfacenti;
- di essere stato informato/a sui possibili effetti collaterali, quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo, arrossamenti e/o reazioni cutanei o leggero capogiro, e sull'impossibilità di procedere nel rapporto di trattamento mediante l'utilizzo di criosauna nel caso di mancata sottoscrizione del presente consenso;
- di comprendere che potrebbero essere necessari ulteriori trattamenti per raggiungere il risultato interessato;
- di osservare e seguire esattamente le indicazioni comportamentali fornite dall'operatore della criosauna durante la sessione criogenica.

Il trattamento criogeno mediante criosauna consiste nella permanenza della persona stessa all'interno della cabina del sistema criogeno. Tale trattamento ha la durata di circa 2 minuti (120 secondi) e verrà eseguito in unica seduta.

Il trattamento viene eseguito mediante l'insufflazione all'interno della criosauna di azoto vaporizzato, il quale renderà la temperatura interna della criosauna stessa fino ad un valore di meno 150/160 ° centigradi circa.

Questo trattamento è richiesto per:

- Fisioterapia e Sport
- Medical (Patologie di origine infiammatoria e reumatica, Patologie dolorose croniche, Versamenti da trauma ecc.)
- Wellness

Attraverso l'azione refrigerante criogenica si crea un effetto ipotermico deciso e rapido.

Il trattamento con criosauna stimola il sistema nervoso attraverso i ricettori della pelle, causando attività di vaso costrizione periferica. Questo effetto induce rilevanti effetti che vanno ad interessare l'intero organismo. A queste temperature l'organismo attiva meccanismi che possono avere significanti effetti anche di durata prolungata nel tempo. Trattandosi di effetto refrigerante estremo è possibile che si possa verificare un arrossamento cutaneo o rush cutaneo e, molto raramente, bruciatura da freddo, a seconda della reazione della persona che si sottopone al trattamento stesso.

Rischi e/o effetti collaterali per chi si sottopone al trattamento possono essere dovuti:

- all'esposizione rapida a temperature molto basse; tali effetti possono alterare temporaneamente i valori

della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, dare rare reazioni allergiche sulla pelle dovute al freddo intenso, ansietà, leggera claustrofobia e rari brividi.

- alla permanenza temporanea (di max 3 minuti) in apposita cabina cilindrica, dove verrà immesso azoto vaporizzato, che può provocare sensazione di vertigine e giramento di testa

Viene consigliata leggera attività aerobica dopo il trattamento con criosauna.

Chi si sottopone al trattamento con criosauna dichiara sotto la propria responsabilità di non avere situazioni patologiche o stati fisici tali da non permettere il trattamento, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- o Donne in gravidanza o in periodo di allattamento
- o Soggetti cardiopatici o portatori di pacemaker o portatori di dispositivi elettronici
- o Soggetti con aritmie cardiache
- o Soggetti con problematiche cardiovascolari
- o Soggetti con sindromi claustrofobiche gravi
- o Soggetti con malattie della cute o lesioni cutanee in prossimità delle zone da trattare
- o Soggetti con ipertensione arteriosa
- o Intolleranza al freddo e/o sindromi da freddo intenso come sindrome di Raynaud
- o Soggetti con neoplasie, trombosi, tromboflebiti
- o Soggetti affetti da epilessia anche non grave
- o Soggetti con forme patologiche croniche in genere
- o Soggetti con terapie farmacologiche per patologie croniche
- o Soggetti con anemia
- o Soggetti con patologie cerebro vascolari
- o Soggetti con angina pectoris
- o Soggetti con febbre
- o Soggetti in cattive condizioni di salute
- o Soggetti non maggiorenni (se non con responsabilità genitori o tutori)
- o Orticaria da freddo

Chi si sottopone al trattamento dichiara che al momento del trattamento si sente in buono stato di salute e di sottoporsi al trattamento in modo totalmente volontario.

Chi si sottopone al trattamento si impegna altresì, a ripresentarsi in modo continuativo per ottenere il risultato desiderato ed a segnalare ogni eventuale sintomo dovesse presentarsi successivamente al trattamento stesso.

Chi si sottopone al trattamento si impegna a seguire le indicazioni del Centro fino al termine del ciclo di trattamento stesso. Inoltre come in un qualunque trattamento, potrebbero verificarsi eventi fortuiti, indipendenti dall'esattezza della prestazione fornita, derivanti da fattori conosciuti e non, che per loro natura non sono imputabili all'opera del Centro.

Per essa, il Centro, si impegna applicando il massimo di diligenza, prudenza e perizia, adoperandosi con ogni personale conoscenza ed applicando tutte le più avanzate tecniche.

Luogo ..... Data .....

Letto ed accettato

Firma leggibile .....

Firma dell'esercente la patria potestà in caso di minore .....

Firma Operatore Centro.....

## MODULO RACCOLTA DATI E INFORMATIVA PER LA PRIVACY

---

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Io sottoscritto: .....

Codice Fiscale: .....

Luogo e data di nascita: .....

Residente in:

Città: ..... Provincia: ..... CAP: .....

Telefono fisso ..... Cellulare ..... e-mail .....

Professione .....

Società sportiva: .....

Assicurazione: .....  Non assicurato  Convenzione: .....

Come è venuto a conoscenza del nostro centro?  Internet  già paziente

inviato dal medico: .....  altro (specificare) .....

Dichiaro di aver letto e compreso quanto esposto nel presente documento e di aver ricevuto risposte esaurienti e chiare ad ogni quesito e richiesta di precisazioni in merito. Autorizzo pertanto il Fizio&Lab Italia S.r.l. e i Professionisti che operano nella Struttura al trattamento e alle conservazioni dei miei dati personali e particolari ai sensi del Regolamento Europeo UE 2016/679 (GDPR) e del Codice della Privacy (D. Lgs. n° 196/03), per farne un uso esclusivamente connesso alla gestione medica, contabile e fiscale, secondo la normativa vigente.

Torino, li ..... Firma .....

Per quanto riguarda la possibilità di essere contattati direttamente o da terzi collaboratori del titolare del trattamento dei dati con mezzi di comunicazione quali sms, mms, fax, e-mail, newsletter o mailing al fine di informare sull'attività del centro, anche ai fini promozionali

esprimo il consenso  nego il consenso

Inoltre, confermo di aver preso visione e di accettare il Regolamento del Centro Fizio&Lab.

Torino, li ..... Firma .....

Per prendere visione dell'intera privacy policy del Centro Fizio&Lab, visitare l'apposita sezione del sito a questo link:

<https://www.fisioelab.it/privacy-policy.php>