

AWT® STORZ

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO ESTÉTICO CON AWT® STORZ

El objeto del siguiente consentimiento es proporcionar al paciente, además de la conversación pretratamiento, información respecto a las características y los riesgos potenciales relativos al tratamiento AWT® STORZ.

Por favor, lea atentamente el siguiente texto y consulte al operador profesional todos aquellos elementos que no tenga claros. Al firmar el presente documento, confirma haber comprendido bien la información recibida y expresa su consentimiento para recibir el tratamiento.

INFORMACIÓN

DEFINICIÓN

Con el término AWT® STORZ (*Acoustic Waves Treatment* - de Storz Medical) se hace referencia al nuevo tratamiento estético que utiliza la tecnología de ondas acústicas, conocidas también como *ondas de choque*.

La terapia con ondas de choque, utilizada originalmente para el tratamiento de los cálculos en el ámbito urológico, ha encontrado en el tiempo, gracias a la investigación científica, campos nuevos de aplicación. STORZ MEDICAL AG (www.storzmedical.com) es una empresa suiza vinculada al Grupo KARL STORZ, cuyo sistema de ondas de choque se utiliza en todo el mundo en múltiples ramas médicas como: urología, andrología, ortopedia, fisioterapia, rehabilitación, gastroenterología, cardiología, otorrinolaringología y neurología. Actualmente, es posible utilizar la energía acústica para estimular las zonas del cuerpo afectadas por celulitis y otros defectos estéticos como las arrugas del rostro, estrías, adiposidad localizada..., así como reafirmar el tejido conectivo. Basándose en su propia experiencia y en los recursos que STORZ MEDICAL AG utiliza constantemente en la investigación científica, nace el innovador tratamiento AWT® STORZ que amplía la disciplina también a los campos de la estética, medicina estética, dermatología y lesiones cutáneas crónicas.

En el método AWT® STORZ, las ondas de choque (ondas acústicas) se aplican en la zona del cuerpo que se va a tratar. Durante el tratamiento, gracias a las especiales tecnologías constructivas y a los diferentes aplicadores-terminales utilizables, las ondas se dirigen hacia la zona afectada por celulitis u otros defectos estéticos, liberando y cediendo su energía a las células; se pasa el aplicador tras haber aplicado una capa de gel sobre la piel para favorecer la transmisión de la energía. Las ondas de choque radiales, que activan el tejido conectivo, se suministran a alta frecuencia (de 1 a 35 impulsos por segundo en función del sistema y del manipulador utilizado). La duración del tratamiento depende mucho de la superficie del área a tratar y de la gravedad de los defectos estéticos. En general, se necesitan un mínimo de 5 sesiones para completar un primer ciclo de trabajo y poder así valorar los resultados obtenidos.

He sido informada que mi defecto estético se puede tratar con AWT® STORZ.

¿QUÉ RESULTADOS PUEDE DAR AWT® STORZ?

El tratamiento con AWT® STORZ puede:

⇒ reordenar el tejido conectivo y aumentar la tonicidad de la epidermis con la consiguiente mejora de la firmeza y de la elasticidad de la piel y el tejido conectivo;

⇒ estimular la vascularización del tejido conectivo y reducir/disgregar las células adiposas;

Los estudios científicos realizados sobre AWT® STORZ demuestran su eficacia; en concreto, un estudio llevado a cabo en Suiza ha demostrado una mejora de la elasticidad cutánea del 110% en las personas tratadas. A pesar de la eficacia demostrada, para el éxito del tratamiento en cuestión, mis resultados seguirán siendo subjetivos.

El pasar del tiempo, los hábitos alimentarios, la falta de ejercicio y otros comportamientos nocivos para mi salud, hacen que el tratamiento sea reversible y sus efectos se pueden anular en el tiempo.

LAS ZONAS TRATABLES SON:

⇒ glúteos ⇒  ⇒ brazos; ⇒ muslos ⇒ abdomen ⇒ 

¿QUÉ POSIBLES COMPLICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EXISTEN CON EL TRATAMIENTO AWT® STORZ?

El tratamiento AWT® STORZ, como cualquier otro, podría generar complicaciones que se deben conocer.

Las posibles complicaciones del tratamiento AWT® STORZ son:

- ⇒ hinchazón en la zona a tratar ⇒ enrojecimiento; ⇒ hematomas;
- ⇒ micro-hemorragias puntiformes, como petequias;
- ⇒ sensación de dolor temporal ⇒ lesiones cutáneas tras terapias anteriores con cortisona.

El tratamiento AWT® STORZ está contraindicado en los casos siguientes:

- ⇒ coagulopatías, terapias anticoagulantes no compensadas; ⇒ trombosis; ⇒ enfermedades tumorales malignas;
- ⇒ embarazo; ⇒ polineuropatía en caso de diabetes mellitus; ⇒ inflamaciones agudas y/o foco de pus en la zona objetivo;
- ⇒ niños en zonas de cartílago de crecimiento; ⇒ terapias con cortisona hasta 6 semanas antes de la primera sesión;
- ⇒ pacientes con marcapasos.

¿QUÉ SE DEBE HACER ANTES DEL TRATAMIENTO AWT® STORZ?

- ⇒ Informar al responsable del centro y/o al operador profesional de cualquier posible tratamiento con fármacos en curso.
- ⇒ Indicar las posibles alergias y, en concreto, las alergias a fármacos y cosméticos.
- ⇒ Indicar la presencia de patologías dermatológicas y/o musculares.
- ⇒ Indicar un posible embarazo, o posibilidad de embarazo, y lactancia.

Si le surge la mínima duda por un funcionamiento anormal del período post-tratamiento o para cualquier otro problema inherente al tratamiento, consulte sin duda alguna a su médico.

CONSENTIMIENTO

Tras haber leído y comprendido la información indicada más arriba, con la presente declaración, que valdrá como manifestación plena, libre e incondicionada de mi voluntad, yo, el abajo firmante, presto el consentimiento a someterme al tratamiento con AWT® STORZ para mi defecto estético _____, tras haber recibido información adecuada y haberla comprendido. No estoy bajo tratamiento con fármacos ni tengo conocimiento de ser alérgico/a a algún fármaco o cosmético, salvo: _____.

No sufro de ninguna patología dermatológica ni muscular y no sufro o represento ninguna de las condiciones contraindicadas para el tratamiento. Asimismo, me han informado de la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento para la realización del tratamiento sanitario propuesto.

Datos del declarante:

- ü destinatario del tratamiento
- ü tutor del sujeto inhabilitado destinatario del tratamiento

en mayúscula, indique nombre y apellidos y fecha de nacimiento del paciente y del declarante, si éste no es el paciente:

Indique el nombre y apellidos del posible mediador / intérprete utilizado _____

Fecha y lugar: _____

Firma del operador

Firma del declarante por aceptación
