

## EN QUÉ CONSISTE LA AUTOHEMOTERAPIA CON OZONO

La autohemoterapia con ozono es un procedimiento terapéutico que implica la extracción de una pequeña cantidad de sangre del paciente, la mezcla de esta sangre con ozono en un circuito cerrado y estéril especial y su posterior reintroducción en el cuerpo del paciente.

El Ozono es un gas derivado del oxígeno, producido por un equipo que cumple con las normativas CE. Todos los materiales utilizados son desechables y cumplen con las directivas ministeriales.

Esta terapia tiene como objetivo beneficiar la circulación y oxigenación de los tejidos, aliviar el dolor, y reforzar el sistema inmunológico, entre otros beneficios potenciales.

Se le administrará una mezcla de oxígeno-ozono en sangre con citrato cálcico. Si tiene alguna alergia conocida a estos componentes, comuníquelo a su médico. Sin embargo, no se han reportado alergias a estos componentes, a pesar de los millones de tratamientos realizados globalmente.

La ozonoterapia es un complemento a las terapias farmacológicas y quirúrgicas, reconocida en la aplicación para ciertas enfermedades. Esta terapia no reemplaza ni interrumpe tratamientos médicos en curso.

Aunque no se puede garantizar un resultado específico, con este tratamiento puede mejorar su calidad de vida. Se pueden requerir varias sesiones para observar mejoras significativas.

## FABISMO (DÉFICIT DE GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA)

El favismo o déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PDH) es una enfermedad genética que afecta a los glóbulos rojos, haciendo que sean más susceptibles a la ruptura. A menudo, las personas con déficit de G6PDH experimentan episodios de hemólisis (ruptura de glóbulos rojos) después de la exposición a ciertas drogas, alimentos o incluso infecciones.

Por favor, lea estas tres cuestiones que se exponen a *continuación*. **Si cree que la respuesta a alguna de estas preguntas es "SI" contacte con el médico**, para estudiar la posibilidad de hacer un test de confirmación sobre esta enfermedad previo a la autohemoterapia con ozono:

- ¿Ha experimentado alguna vez una reacción adversa, como ictericia (coloración amarillenta de la piel o los ojos), fatiga intensa u orina oscura, después de consumir habas, ciertos medicamentos (como aspirina, ciertos antibióticos o antipalúdicos) o después de una infección?
- ¿Tiene algún familiar cercano (por ejemplo, padres o hermanos) diagnosticado con déficit de G6PDH o que haya presentado reacciones adversas similares después de consumir habas o ciertos medicamentos?
- ¿Ha requerido alguna vez una transfusión de sangre o ha sido hospitalizado debido a una anemia hemolítica aguda sin una causa clara identificada?

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
PARA AUTOHEMOTERAPIA MAYOR CON OZONO**



**OTRAS CONTRAINDICACIONES:** No debe someterse a este tratamiento si actualmente tiene:

- Hipertiroidismo tóxico no compensado – enfermedad de Graves Basedow
- Trombocitopenia menos de 50.000 y graves trastornos de la coagulación
- Inestabilidad cardiovascular grave o infarto agudo del miocardio reciente
- Antecedente de hemorragia masiva sin causa.
- Hemocromatosis y pacientes que reciben tratamiento con cobre o hierro.
- Si está embarazada o cree poder estarlo: La ozonoterapia está indicada para tratar el retraso del crecimiento intrauterino pero es esencial contar con el consentimiento explícito de un ginecólogo antes de someterse a dicho tratamiento durante el embarazo.

**RIESGOS TÍPICOS**

Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

- *Molestias locales* o hematoma en el lugar de punción.
- *Síncope vasovagal*. Es un “mareo” que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.) Se acompaña de sensación de calor, sudor, y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede con atropina (que se puede administrar de forma preventiva)
- *Algún otro riesgo personalizado:* \_\_\_\_\_

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos de la autohemoterapia con ozono, y sé QUE, EN CUALQUIER MOMENTO, PUEDO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO. **ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.**

En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice esta técnica.

■ Acepto también que, de esta forma, al ser paciente de la Unidad del Dolor podré recibir llamadas o notificaciones relacionadas a citas y eventos de la unidad del dolor. Puede disentir de recibir notificaciones enviando un correo a [contacto@doctorcarlosmorales.com](mailto:contacto@doctorcarlosmorales.com)

**FECHA:**

**FIRMA DEL PACIENTE:**

**FIRMA Y COLEGIADO DEL MÉDICO:**

**DNI:**

**NOMBRE:**