



CONSENSO INFORMATO A TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

del Sig./Sig.ra _____

data di nascita _____ Descrizione intervento: _____

Gentile paziente in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle proprie linee essenziali, in modo da avere anche il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate:

Descrizione dell'intervento.

L'intervento riabilitativo consiste in una serie di sedute di kinesi terapia attiva e/o passiva, nell'esecuzione di tecniche di massaggio e all'esecuzione di terapie fisiche.

Kinesi terapia attiva, si attua attraverso una serie di movimenti attivi specifici che hanno l'intento di:

- Ricondizionare la muscolatura di uno o più distretti articolari.
- Recuperare la coordinazione motoria di uno o più distretti articolari.
- Mantenere o aumentare l'articolari di uno o più distretti articolari.
- Migliorare il controllo articolare durante i movimenti (stabilizzazione).

Kinesi terapia passiva, si attua attraverso una serie di movimenti passivi specifici all'interno o alla fine dell'escursione articolare, eseguiti con forza, frequenza e direzioni variabili, movimenti definiti anche mobilizzazioni o manipolazioni, con l'intento di:

- recuperare o aumentare l'articolari di uno o più distretti articolari.
- facilitare l'esecuzione dei movimenti.
- aumentare l'arco privo di dolore di una o più articolazioni.

Massaggio, consiste in manipolazioni dei tessuti molli (muscolo fasciali e capsulo legamentosi), secondo varie tecniche, ad azione locale o riflessa.

Terapia fisica: si attua tramite l'applicazione di mezzi fisici quali correnti (es.TENS), calore (es. infrarossi) calore endogeno (es. marconi), luce (es. laser)

Rischi assoluti: le terapie fisiche strumentali prevedono una controindicazione assoluta al trattamento per i portatori di pacemaker, per le donne in gravidanza e qualora siano presenti eventuali processi neoplastici in atto.

Rischi generici: la kinesi terapia passiva o attiva e la terapia fisica possono determinare, in alcuni casi e/o pazienti, una riacutizzazione delle sintomatologie nelle ore successive al trattamento.

Rischi del mancato trattamento: il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità e l'instaurarsi di patologie croniche.

Altre informazioni su richiesta del paziente:

La/il sottoscritta/o _____ dichiara di essere stata/o informata/o e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento riabilitativo indicato e di aver altresì la consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento predetto.

Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni sul mio stato di salute e di non avere in atto alcuna delle patologie descritte nei "rischi assoluti"

Dichiaro:

- di essere portatore di pacemaker; si no
- di essere in gravidanza; si no
- la presenza di eventuali processi neoplastici in atto. si no



CASA DI CURA VILLA FIORITA

CASA DI CURA VILLA FIORITA S.R.L.

Sono inoltre consapevole che senza la mia disponibilità nel seguire alcune regole comportamentali ed esercizi indicatemi dal fisioterapista, la terapia non può ritenersi stabile a lungo termine e prendo atto che non vi possano essere garanzie di successo senza la mia collaborazione. Presto pertanto il mio assenso all'intervento ed alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate sottoponendomi al trattamento riabilitativo per il periodo di tempo necessario allo svolgimento del programma propostomi.

Sono stata/o informata/o del mio diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa ai trattamenti ed alla possibilità di richiedere copia della presente documentazione informativa e copia della documentazione clinica.

Sono inoltre consapevole che i miei dati personali e sanitari saranno utilizzati esclusivamente per scopi di cura.

Perugia il _____

Firma del terapeuta

Firma del medico

Firma del paziente
