



CASA DI CURA VILLA FIORITA

CASA DI CURA VILLA FIORITA S.R.L.

DICHIARAZIONE DI CONDIVISIONE DEGLI OBIETTIVI RIABILITATIVI E CONSENSO INFORMATO RIABILITATIVO

Gentile Paziente, in questo modulo vengono riassunti gli obiettivi e le indicazioni terapeutiche da Lei già oralmente espresse nel corso della visita, in modo da avere il Suo assenso all'esecuzione dei trattamenti riabilitativi concordati. Di seguito trova indicate le peculiarità delle prestazioni di riabilitazione erogate dal servizio, comprese controindicazioni e complicanze possibili.

<u>OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO</u>	<u>CONTROINDICAZIONI</u>	<u>COMPLICANZE</u>
FISIOKINESITERAPIA ATTIVA Si attua attraverso una serie di movimenti specifici svolti attivamente dal paziente con l'intento di: <ul style="list-style-type: none"> • ricondizionare la muscolatura dei distretti articolari; • recuperare la coordinazione motoria dei distretti articolari; • mantenere o aumentare l'articolarietà dei distretti articolari; • migliorare il controllo articolare durante i movimenti (stabilizzazione) 	Fenomeni flogistici ed infiammatori locali; malattie neoplastiche attive, malattie infettive e stati febbrili.	In alcuni casi e/o pazienti si può riaccutizzare della sintomatologia dolorosa nelle ore successive al trattamento.
FISIOKINESITERAPIA PASSIVA Si attua attraverso una serie di mobilizzazioni o manipolazioni, indotti dal fisioterapista o da apparecchiature, all'interno o alla fine dell'escursione articolare, eseguiti con forza, frequenza e direzioni variabili, definiti, con l'intento di: <ul style="list-style-type: none"> • recuperare o aumentare l'articolarietà dei distretti articolari; • facilitare l'esecuzione dei movimenti; • aumentare l'arco privo di dolore di uno o più articolazioni. 	Fenomeni flogistici ed infiammatori locali; malattie neoplastiche attive, malattie infettive e stati febbrili	In pazienti con osteoporosi, deformità ossee, malattie degenerative, esiti di osteosintesi, protesi o fratture, raramente si possono verificare fratture o lussazioni articolari. In alcuni casi e/o pazienti si può assistere ad una riaccutizzazione della sintomatologia dolorosa nelle ore successive al trattamento.
MASSAGGIO Consiste nella manipolazione dei tessuti molli (muscolo-fasciali e capsulo-legamentosi) secondo varie tecniche, ad azione locale o riflessa.	Fenomeni flogistici ed infiammatori locali; malattie neoplastiche attive, malattie infettive e stati febbrili.	In alcuni casi e/o pazienti si può assistere ad una riaccutizzazione della sintomatologia dolorosa nelle ore successive al trattamento.
TAPING KINESIOLOGICO Consiste nel posizionamento di un cerotto adesivo di cotone NON contenente farmaco, secondo modalità e direzioni variabili, allo scopo di ottenere un effetto antalgico e stimolare la propriocezione.	Fenomeni flogistici ed infiammatori cutanei locali, abrasioni, ferite.	In alcuni casi e/o pazienti con tendenza atopica, possono determinarsi reazioni cutanee locali in sede di applicazione del cerotto.
TERAPIA FISICA STRUMENTALE Si attua con mezzi fisici di diversa natura: <ul style="list-style-type: none"> • elettrostimolazione, TENS, ionoforesi; • diatermia resistivo-capacitiva (Tecarterapia®) • magnetoterapia • laserterapia • ultrasuonoterapia • Onde d'urto Radiali (RSWT) NON SI APPLICANO MAI TERAPIE STRUMENTALI IN ZONA CARDIACA, IN VICINANZA DEI BULBI OCULARI E DELLE GONADI	<ul style="list-style-type: none"> • Pace-maker, gravidanza, epilessia, malattie neoplastiche attive, infezioni locali o sistemiche, scompenso cardiocircolatorio, diatesi tromboemboliche, emofilia. • Elettroterapia ed ultrasuoni non vanno eseguite in presenza di aritmie cardiache o abrasioni della cute. • Gli ultrasuoni non vanno eseguiti in presenza di protesi articolari, mezzi di sintesi superficiali o in corrispondenza di metafasi di accrescimento. 	In alcuni casi e/o pazienti possono determinarsi reazioni cutanee locali in sede di applicazione di farmaco/i o elettrodi



CASA DI CURA VILLA FIORITA

CASA DI CURA VILLA FIORITA S.R.L.

La/Il Sottoscritta/o Sig.ra/Sig. _____

Data di nascita: _____ in riferimento alla diagnosi di: _____

- **Dichiaro/o** di essere stata/o informata/o e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento riabilitativo proposto per il mio caso specifico:

e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse al predetto intervento.

- **Dichiaro/o** di aver fornito tutte le informazioni sul proprio stato di salute e di non aver in atto patologie descritte nel presente documento come "controindicazioni".
- **Dichiaro/o** altresì di essere stato adeguatamente informata/o che il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche.

Nel caso di riabilitazione a seguito di intervento chirurgico il mancato trattamento può vanificare in tutto o in parte gli obiettivi per i quali è stata/o sottoposta/o ad intervento chirurgico.

- **Sono inoltre consapevole** che senza la mia collaborazione attiva, non vi possono essere garanzie di successo nel raggiungimento degli obiettivi prefissati.
- **Sono stata/o informata/o** del mio diritto di avere libero accesso alla documentazione relativa ai trattamenti e possibilità di richiedere copia della documentazione clinica.
- **Sono inoltre consapevole** che secondo il rispetto della normativa vigente, i miei dati personali saranno utilizzati esclusivamente ai fini di cura.

Tutto ciò premesso io sottoscritta/o

Accetto Non accetto

di sottopormi al trattamento proposto e prescritto

Firma della/del Paziente: _____

Io sottoscritto Operatore dichiaro di aver verificato che la/il paziente abbia ben compreso il contenuto di quanto esposto

Firma dell'Operatore: _____

Perugia il _____