

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PERSONALIZZATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO-OSTEOPATICO

Sig./Sig.ra #COGNOME# #NOME# nato/a #COMUNENASCITA# il #DATANASCITA#

Gentile Paziente, in questo modulo sono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita fisiatrica/ valutazione fisioterapica, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, di modo che Lei possa rendersi conto e comprenderli per poi dare il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Descrizione del Trattamento Fisioterapico

L'intervento riabilitativo consiste in una serie di sedute di kinesiterapia attiva e/o passiva, terapia manuale osteopatica, tecniche di massaggio e di terapie fisiche, bendaggi funzionali kinesiotape, ginnastica posturale, realizzazione e addestramento all'uso di ortesi e tutori.

- La kinesiterapia attiva si attua attraverso una serie di movimenti specifici attivi effettuati dal paziente sotto guida e controllo del fisioterapista, con 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).
- La kinesiterapia passiva e la Terapia Manuale Osteopatica (manipolazione vertebrale, articolazioni periferiche, articolazioni craniale e in organi viscerali) si attuano attraverso una serie di movimenti specifici, effettuati dal fisioterapista, mediante mobilizzazioni manuali di recupero articolare e riduzione tensione tissutale eseguite con forza-frequenza e direzione variabili, con l'intento di:
 - ✓ Recuperare o aumentare l'articolari di uno o più distretti articolari.
 - ✓ Facilitare l'esecuzione di movimenti.
 - ✓ Ridurre l'arco di dolore di uno o più articolazioni e/o in organi viscerali nei giorni successivi al trattamento manuale
- La riabilitazione neuromotoria viene eseguita per recuperare o ricercare le risposte funzionali più adatte al danno neurologico invalidante mediante la stimolazione degli organi di senso (ricettori periferici) in grado di captare gli stimoli esterni e di trasferirli ai centri nervosi al fine di permettere al paziente neuro-leso di raggiungere, per quanto possibile, il recupero dell'autonomia personale per lo svolgimento delle normali attività quotidiane.
- Il massaggio consiste in manipolazioni dei tessuti molli (muscolo-fasciali e capsulo-legamentosi) secondo varie tecniche; ad azione locale o riflessa.
- La terapia fisica si attua tramite l'applicazione di mezzi fisici, quali correnti (TENS, TECARTEAPIA, ELETTROTERRAPIA, ULTRASUONI, INTERFERENZIALE, CRIOERRAPIA, MAGNETOTERRAPIA, IPERTERMIA, BEMERTERRAPIA, PRESSOTERRAPIA).

Possibili Eventi / Complicanze / Effetti Collaterali

L'esecuzione delle terapie su descritte può dare esito ad eventi e/o complicanze (descritti in letteratura) come:

riacutizzazione della sintomatologia, vertigini, nausea, vomito, ipotensione, arrossamento della cute, acufeni (ronzii delle orecchie), interazione tra cute e cerotti come per esempio vescicole, prurito, reazione allergica alla colla del bendaggio, stasi venosa.

Controindicazioni ai trattamenti di Kinesiterapia Attiva, Passiva e Massaggio

- Presenza di frattura.
- Sintomatologia dolorosa acuta.

Controindicazioni Terapia Fisica Strumentale

Le Terapie Fisiche Strumentali prevedono una controindicazione assoluta al trattamento per i portatori di pace-maker, per le donne in stato di gravidanza e per la presenza di eventuali processi neoplastici in atto.

In ragione di quanto precede e al fine di evidenziare eventuali controindicazioni relative o assolute al trattamento fisioterapico, il paziente si obbliga ad informare preventivamente il professionista di qualsiasi stato morboso e/o patologia acuta o cronica di cui è affetto, impegnandosi a rimettergli la documentazione comprovante le proprie condizioni di salute.

Per le controindicazioni specifiche ed effetti collaterali inerenti le singole apparecchiature si allega manuale d'uso.

Io sottoscritto/a #COGNOME# #NOME# dichiaro di aver ricevuto dal Dott. in Fisioterapia Andrea Pasqualetto esaurienti spiegazioni in merito alla tipologia di trattamento fisioterapico cui mi dovrò sottoporre.

Dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre domande e di aver ricevuto risposte, in merito soddisfacenti.

Dichiaro di essere stato/a informata esaurientemente e di aver compreso lo scopo, la natura e le modalità di esecuzione dell'intervento fisioterapico indicato nel modulo in oggetto e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare o esservi connesse.

Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni sul mio stato di salute e di non avere in atto patologie come descritte nelle controindicazioni e soprattutto:

- di non essere affetto da stati morbosi e/o patologie acute o croniche
- di essere affetto dalle seguenti patologie _____

Dichiaro:

- | | | |
|---|----|----|
| • di essere portatore di Pace-maker | Si | No |
| • di essere in gravidanza | Si | No |
| • la presenza di eventuali processi neoplastici in atto | Si | No |

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla necessità di sottoporsi a trattamento riabilitativo, sullo scopo e le modalità del trattamento proposto, sulle sue conseguenze ed eventuali complicanze, sui limiti del trattamento, sugli eventuali effetti collaterali che ne possono derivare, sulle alternative possibili, ove presenti, sulla possibilità di poter liberamente interrompere il trattamento, anche se ciò dovesse comportare il mancato raggiungimento dell'obiettivo previsto.

Accetto liberamente di sottopormi ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, avendo perfettamente compreso tutte le informazioni sopra riportate.

Sono stata/o informata/o del Mio diritto di avere libero accesso alla documentazione relativa ai trattamenti. Sono inoltre consapevole che secondo il rispetto della normativa vigente i Miei dati personali saranno utilizzati esclusivamente per scopi di cura.

Sono inoltre stata/o informata/o della possibilità di richiedere in qualsiasi momento copia della presente scheda informativa e della documentazione clinico-fisioterapica e che per ogni problema o eventuale ulteriore informazione dovrò rivolgermi al Dott. in Fisioterapia e Osteopatia Andrea Pasqualetto.

#DATAODIERNA#, #COGNOME# #NOME#

Firma del Paziente _____

In caso di revoca delle terapie concordate:

Data

Firma del Paziente