

**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO-NOTA INFORMATIVA- CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Gentile signore/a le è stato prescritto un ciclo di Fisioterapia, legga attentamente tutte le informazioni prima di firmare il Consenso Informato e il Trattamento dei Dati personali e Sensibili.

**NOTA INFORMATIVA**

NEL TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA DA CUI È AFFETTO LE È STATO PRESCRITTO UN CICLO DI: (BARRARE LA VOCE INTERESSATA).

**L'ELETTROTHERAPIA ANTALGICA (T.E.N.S. DIADINAMICA):** consiste nell'applicare degli elettrodi nella zona da trattare e erogare corrente elettrica a scopo antalgico.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** riduzione della sintomatologia dolorosa.

**Rischi connessi possibili e/o prevedibili:** Possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione. Peggioramento della sintomatologia dolorosa, irritazione cutanea, possibili lesioni termiche.

**Controindicazioni assolute:** presenza di stati di alterata sensibilità cutanea; portatori di stimolatori cardiaci o altri dispositivi elettronici per a funzioni vitali e/o di gravi aritmie cardiache, trombosi venose in atto.

**Indicazioni:** sindromi dolorose acute dell'apparato osteo-artro-muscolare.

**Controindicazioni:** presenza di stati di alterata sensibilità cutanea.

**Possibili alternative:** assunzione di terapia farmacologica

**ET ELETTROSTIMOLAZIONE:** consiste nell'applicare degli elettrodi nella zona da trattare e erogare corrente elettrica con lo scopo di ottenere la contrazione muscolare.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** miglioramento della forza e il trofismo muscolare.

**Rischi connessi possibili e/o prevedibili:** inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione. Irritazione cutanea, possibili lesioni termiche.

**Indicazioni:** necessità di potenziamento muscolare.

**Controindicazioni:** presenza di stati di alterata sensibilità cutanea; portatori di stimolatori cardiaci o altri dispositivi elettronici per a funzioni vitali e/o di gravi aritmie cardiache, trombosi venose in atto.

**Possibili alternative:** esercizi di rinforzo muscolare.

**L'ULTRASUONOTERAPIA:** consiste nell'applicare delle placche cospare di gel sulla zona da trattare e/o testina mobile (in acqua) che veicola le onde ultrasonore.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** riduzione del dolore, dell'infiammazione.

**Rischi connessi possibili e/o prevedibili:** possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione. Aumento del dolore, possibili lesioni termiche in corrispondenza di cicatrici, reazioni di intolleranza nei confronti delle sostanze gel / creme.

**Indicazioni:** sindromi dolorose acute o croniche dell'apparato osteo-artro-muscolare.

**Controindicazioni:** presenza di stimolatori cardiaci stato di gravidanza, grave osteoporosi, di lesioni flogistiche acute, di ematomi, di stati di alterata sensibilità con turbe della percezione termica; protesi articolari cementate e/o mezzi di sintesi metallici endotessutali.

**Possibili alternative:** terapie farmacologica

**LASER TERAPIA ANTALGICA (APPLICAZIONE DI RADIAZIONI NON IONIZZANTI):** consiste nel proiettare il raggio Laser nella zona da trattare. Il paziente va protetto con **idonei occhiali**.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** una riduzione dell'infiammazione, del dolore, dell'edema.

**Rischi connessi possibili e/o prevedibili:** possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione, aumento del dolore.

**Indicazioni:** sindromi dolorose dell'apparato osteo-artro-muscolare.

**Controindicazioni:** presenza di stati di alterata sensibilità cutanea, gravidanza, da stati di fragilità capillare e di labilità pressoria, dalla presenza di trombosi venose in atto.

**Possibili alternative:** terapia farmacologica.



## AZIENDA SANITARIA LOCALE PESCARA

**L'IRRADIAZIONE INFRAROSSA:** consiste nel posizionare la lampada infrarossa sulla zona da trattare allo scopo di aumentare l'irrorazione sanguigna.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** dalla riduzione del dolore e degli spasmi muscolari.

**Rischi connessi possibili e/o prevedibili:** possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione, comparsa eritemi, da possibili lesioni termiche.

**Controindicazioni:** presenza di stati neoplastici, stati febbrili, stati infiammatori acuti, da soggetti con particolare fotosensibilità (che assumano antibiotici, sulfamidici e barbiturici) dalla presenza di ematriti o idrarti.

**Possibili alternative:** terapia farmacologica.

**MAGNETOTERAPIA:** consiste nel posizionare la parte da trattare all'interno di solenoidi che emettono onde elettromagnetiche.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** regressione del processo infiammatorio, accelerazione del consolidamento osseo.

**Rischi connessi possibili e/o prevedibili:** possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione, aumento del dolore.

**Indicazioni:** sindromi dolorose dell'apparato osteoartro-muscolare, fratture con ritardi di consolidazione.

**Controindicazioni:** presenza di trombosi venose in atto, di stati emorragici e di versamenti ematici presenza di stimolatori cardiaci, gravidanza, protesi articolari cementate e/o mezzi di sintesi metallici endotessutali.

**Possibili alternative:** terapie farmacologica.

Speriamo, con quanto sopra riportato, di essere stati esaurienti. Non esiti comunque a porci tutti i quesiti e le domande che riterrà opportune. L'informazione è parte integrante della nostra professione per questo anche il più piccolo dubbio o la più sottile incertezza debbono essere risolti con le spiegazioni necessarie che saremo lieti di fornirLe. Grazie per la collaborazione.

Il Signor /Signora: \_\_\_\_\_

Ha personalmente ricevuto le note informative per l'esame dal Dottor:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/                      Firma \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a ..... dichiaro di avere ricevuto dal Dottor/Dott.ssa in Fisioterapia ..... esaurienti spiegazioni in merito alla tipologia di trattamento fisioterapico a cui mi dovrò sottoporre, così come riassunto nei paragrafi di cui sopra.

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

Dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di fisioterapia indicato nel modulo in oggetto e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse al predetto intervento.

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

DATA.....

FIRMA (tutore o genitore nei casi richiesti)

-----