

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

In questo modulo vengono riassunti concetti relativi alle indicazioni, modalità e controindicazioni al trattamento fisioterapico mediante somministrazione di Terapie Fisiche Strumentali. Durante il corso della prima seduta verranno ulteriormente precisati e definiti nelle loro linee essenziali, in modo da avere il Suo assenso all'esecuzione delle terapie concordate.

Terapia Fisica Strumentale

Il trattamento fisioterapico mediante Terapie Fisiche Strumentali consiste nell'applicazione sul paziente di particolari mezzi fisici, quali:

- Correnti Elettriche: TENS (Correnti Antalgiche), Ionoforesi, FES (Elettrostimolazione Funzionale), ELS (Elettrostimolazione), BFB (Biofeedback)
- Calore Esogeno: Infrarossi
- Calore Endogeno: Radar-Terapia, Marconi-Terapia, TECAR o Diatermia Capacitivo-Resistiva
- Luce: Laser, Ultravioletto
- Crioterapia: Ghiaccio

Rischi Assoluti: le Terapie Fisiche Strumentali prevedono una controindicazione assoluta al trattamento per i portatori di pacemaker, per le donne in stato di gravidanza e per presenza di eventuali processi neoplastici in atto. In ragione di quanto precede ed 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.

Altre informazioni su richiesta del paziente

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 dovrei 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" e:

☐ di non essere affetto da stati morbosi e/o patologie acute o croniche

☐ di essere affetto delle seguenti patologie

Dichiaro:

☐ di essere portatore di Pace-maker ☐ di essere in gravidanza ☐ la presenza di eventuali processi neoplastici in atto

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.

data 13/02/2023

Firma del Paziente