

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO TRATTAMENTO RIABILITATIVO E TERAPIE FISICHE	INFO_AMB-009 Rev. 1 del 21.01.26

Gentile Signora/Egregio Signore, una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le caratteristiche dell'attività sanitaria in oggetto, le modalità di esecuzione, i benefici, nonché le possibili controindicazioni del trattamento. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico. La procedura diagnostico-terapeutica consigliata di **TRATTAMENTO RIABILITATIVO E TERAPIE FISICHE** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata. È importante che riferisca al medico informazioni veritiere sul suo stato di salute, al fine di valutare possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame.

INFORMAZIONI GENERALI SUL TRATTAMENTO RIABILITATIVO E TERAPIE FISICHE

Il trattamento riabilitativo consiste in un ciclo di sedute di kinesiterapia attiva e/o passiva, in esecuzione di tecniche manuali e all'applicazione di terapie fisiche strumentali, così come prescritte dal medico curante / specialista.

La **kinesiterapia attiva** si attua attraverso una serie di movimenti specifici attivi con l'intento di:

- ✓ ricondizionare la muscolatura di uno o più distretti articolari
- ✓ recuperare la coordinazione motoria di uno più o distretti articolari
- ✓ mantenere o aumentare l'articolarietà di uno più o distretti articolari
- ✓ migliorare il controllo articolare durante i movimenti (stabilizzazione).

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

- ✓ recuperare o aumentare l'articolarietà di uno o più distretti articolari
- ✓ facilitare l'esecuzione di movimenti
- ✓ Aumentare l'arco privo di dolore di uno o più articolazioni.

La **terapia manuale** consiste in manipolazioni dei tessuti molli (miofasciali e capsulolegamentosi) secondo varie tecniche, ad azione locale o riflessa.

La **terapia strumentale** si attua tramite l'applicazione di mezzi fisici, quali correnti (TENS, Interferenziale, etc.), calore esogeno (infrarossi), calore endogeno (Diatermia, Tecarterapia etc.), amplificazione della luce (Laserterapia ad alta potenza), stimolo meccanico (Onde d'urto radiali e focali, Ultrasuoni).

RISCHI CORRELATI AL TRATTAMENTO

La kinesiterapia e la terapia strumentale possono determinare in alcuni casi e/o pazienti una riacutizzazione della sintomatologia nelle ore successive al trattamento, nonché possibili arrossamenti e/o ematomi nella zona trattata. Vi preghiamo di informarci tempestivamente qualora avessero a manifestarsi le predette problematiche. Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche.

POSSIBILI CONTROINDICAZIONI DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO E TERAPIE FISICHE

Prima di eseguire il trattamento è necessario informare il sanitario circa l'eventuale presenza di una delle seguenti situazioni, al fine di identificare possibili controindicazioni ed individuare le opportune alternative terapeutiche:

PATOLOGIE CARDIACHE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PATOLOGIE RESPIRATORIE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PATOLOGIE INFETTIVE ACUTE-CRONICHE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PATOLOGIE NEOPLASTICHE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
MEZZI DI SINTESI / PROTESI/ FRAMMENTI METALLICI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DISPOSITIVI ELETTROMEDICALI APPLICATI/INSERITI (ad es. pacemaker, protesi acustiche...)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
GRAVIDANZA PRESUNTA O ACCERTATA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DIABETE/ NEUROPATIE PERIFERICHE/ ALTERAZIONI DELLA SENSIBILITA' CUTANEA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ALTERAZIONI DELLO STATO DI INTEGRITA' DELLA CUTE (ad es. dermatiti, ferite, abrasioni...)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FLEBITI/ TROMBOSI VENOSE SUPERFICIALI E/O PROFONDE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DIATESI EMORRAGICA, MALATTIE A RISCHIO EMORRAGICO, USO DI FARMACI ANTICOAGULANTI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ALLERGIE A PRESIDI MEDICALI APPLICATI SU CUTE (ad es. cerotti, bende, disinfettanti, creme...)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PAGET	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
EPILESSIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INFORMATIVA E CONSENSO
TRATTAMENTO RIABILITATIVO E TERAPIE FISICHE

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL PAZIENTE

Ho discusso con il medico dei possibili rischi e delle eventuali prevedibili conseguenze specificamente connessi con la situazione che mi riguarda e ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito all'atto sanitario in argomento. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di rischi che la stessa potrebbe comportare. Sono altresì informato che, nel caso in cui rifiutassi di effettuare il trattamento proposto dal medico, potrebbe essere valutata l'opportunità di eseguire un trattamento alternativo laddove possibile, essendo tuttavia informato che la non esecuzione potrebbe implicare: 1) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; 2) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

DATI IDENTIFICATIVI

NOMINATIVO

DATA DI NASCITA

NOMINATIVO DEL / DEI GENITORI O TUTORE LEGALE SE MINORE/INCAPACE:

DATI SANITARI

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA E/O DELLA ESIGENZA CLINICA

.....

.....

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

Io, sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a circa la necessità di sottopormi al TRATTAMENTO RIABILITATIVO. Ho dunque ricevuto informazioni, chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico responsabile dell'atto sanitario, letto e compreso la descrizione riportata sul presente modulo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame. Dichiaro inoltre di aver osservato le indicazioni riportate nel modulo di preparazione all'esame. Sulla base delle informazioni apprese mediante l'informativa che precede il presente documento, nonché sulla base delle spiegazioni chiare e comprensibili ricevute durante il colloquio con il/la Dott. / D.ssa. sulle modalità, le indicazioni, le controindicazioni dell'esame ed i rischi connessi, il/la sottoscritto/a in qualità di:

- diretto interessato al trattamento
- tutore di
- esercente la responsabilità genitoriale su

acconsente

non acconsente

All'esecuzione dell'atto sanitario sopra indicato. Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Concordo sul fatto che la pratica medica e chirurgica non sia una scienza esatta dipendendo in parte dalle variabili soggettive del paziente che per definizione è unico. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili. Preso atto di tutte le informazioni ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una decisione consapevole.

Data

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):

Confermo di aver spiegato la natura e lo scopo dell'atto sanitario in oggetto con particolare riferimento alle modalità di esecuzione, benefici e rischi ad esso connessi.

Data

Firma del medico:

Si specifica che la firma del presente documento non costituisce un obbligo, a carico del paziente, ad effettuare il trattamento riabilitativo prescritto presso la nostra struttura.