

 Casa di Cura Città di Bra <i>Clinica Privata Accreditata</i>	Fisioterapia Consenso intervento riabilitativo ortopedico	Mod.0447	Pag. 1 di 1
		Parola chiave:	cons_riabili_orto
		Rev. 01	del 06/09/2017

Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso all'intervento riabilitativo del paziente ortopedico

Sig/Sig.ra _____ Nato/a il _____ a _____

diagnosi _____

Gentile Paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate. L'intervento riabilitativo consiste in un serie di sedute di kinesi terapia attiva e/o passiva, eventualmente associate a tecniche di massaggio e alla applicazione di terapie fisiche.

La kinesi terapia 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'articolari di uno più o distretti articolari.
- Migliorare il controllo articolare durante i movimenti (stabilizzazione)

La **kinesi terapia 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'articolari di uno o più distretti articolari.
- Facilitare l'esecuzione di movimenti
- Aumentare l'arco privo di dolore di uno o più articolazioni

Il **Massaggio** consiste in manovre sui tessuti molli secondo varie tecniche.

La **Terapia Fisica** si attua tramite l'applicazione di mezzi fisici, quali: Magnetoterapia, ultrasuonoterapia, laser terapia ed elettroterapia.

Rischi generici

La kinesi terapia passiva o attiva e la terapia fisica possono determinare in alcuni casi e/o pazienti una riacutizzazione della sintomatologia algica nelle ore successive al trattamento.

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto dal fisiatra Dott. _____ e dal fisioterapista Dott. _____ informazioni chiare, comprensibili ed esaurienti sul trattamento riabilitativo proposto attraverso i colloqui intercorsi e sugli eventuali effetti collaterali che ne possono derivare (es. aumento della sintomatologia algica, comparsa di algie in zone diverse da quella trattata, vertigini, nausea);

- di essere consapevole che senza la sua giusta attenzione alle regole comportamentali e agli esercizi indicati dal fisioterapista, la terapia può non produrre gli effetti desiderati;
- di aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento fisioterapico proposto, e quindi di non avere ulteriori domande da porre al professionista;
- di accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il trattamento proposto;
- di essere consapevole sull'impossibilità a procedere nel trattamento fisioterapico in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'inizio del trattamento;
- di non avere altre osservazioni.

PERTANTO, dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento.

Data _____

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

Firma Fisiatra

Firma Fisioterapista

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Convenzionata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	