



CONSENSO INFORMATO

IDL 01-MDS8
allegato 01-Rev. 02
Del 12.06.24

INFORMATIVA – CONSENSO INFORMATO CRIOTERAPIA E CRIOLTRASUONOTERAPIA

La **Crioterapia** è un ausilio che può essere applicata a numerose casistiche associate a patologie muscolo-scheletriche. La crioterapia locale permette di gestire in maniera circoscritta problematiche di tipo medico-fisioterapico come infiammazioni e/o lesioni muscolari localizzate, traumi muscolo-scheletrici, tessuti danneggiati, artrosi, dolori e lesioni articolari, dolore e gonfiore post-operatorio. La crioterapia favorisce l'accelerazione della guarigione e migliora i tempi di recupero del paziente.

La **Crioultrasuonoterapia** unisce i vantaggi della crioterapia (basata sull'applicazione localizzata del freddo) a quelli della terapia ad ultrasuoni (incentrata sullo sfruttamento delle onde sonore). La sinergia tra questi due approcci consente di ottenere tutti i benefici tipici degli ultrasuoni

ma mitigandone il cosiddetto effetto termico e le relative complicanze. Inoltre, le basse temperature, oltre ad esplicare propri effetti benefici, migliorano la capacità di trasmissione degli ultrasuoni.

La terapia fisica attraverso il freddo anche in combinazione con gli ultrasuoni si applica sia nella fase acuta dei traumi, che nella riacutizzazione.

CONTROINDICAZIONI:

Settore Ultrasuono

- Osteoporosi ad alto turnover
- Presenza di frammenti metallici
- Protesi articolari
- Vene varicose
- Flebiti e tromboflebiti
- Presenza di pace-maker
- Arteriopatie obliteranti
- Emorragie, mestruazioni
- Tessuti neoplastici e zone limitrofe
- Tubercolosi
- Donna in stato di gravidanza
- Soggetti in fase di accrescimento (bambini, adolescenti)
- Pazienti che sono palesemente incapaci di comunicare chiaramente al terapista qualsiasi sensazione dolorosa

Settore Crio

- Malattia di Raynaud
- Nei soggetti affetti da questa malattia, la crioterapia può scatenare crisi vasospastiche
- Arteriopatie obliteranti
- La crioterapia provocando vasocostrizione può aggravare l'ischemia dei tessuti.
- Ipersensibilità al freddo

Rischi del mancato trattamento

Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche.

Alternative al trattamento

Una possibile alternativa al trattamento di Crioterapia può essere la Terapia Laser solo nell'eventualità non vi siano controindicazioni (si vedano controindicazioni la Terapia Laser). L'alternativa proposta potrà sospesa o modificata, anche durante il trattamento in corso, qualora le condizioni cliniche del paziente dovessero variare.



CONSENSO INFORMATO

IDL 01-MDS8
allegato 01-Rev. 02
Del 12.06.24

CONSENSO INFORMATO CRIOTERAPIA E CRIOLTRASUONOTERAPIA

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.01.2022)

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a		Il (gg/mm/aaaa)			
Documento d'identità (Specificare tipo di documento)		n.		del	
In qualità di:	☐ Diretto interessato ☐ Tutore/Rappresentante legale del/la sig./ra:				

DICHIARO

DI ESSERE STATO INFORMATO/A IN MODO CHIARO, COMPRENSIBILE ED ESAURIENTE SUL TIPO DI TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

PROPOSTO: TECNICHE, MATERIALI E MEZZI UTILIZZATI;

- sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione del trattamento fisioterapico suddetto;
- sui benefici attesi, i rischi presunti e le eventuali complicanze ed effetti collaterali;
- sui comportamenti da mettere in atto onde evitare e/o limitare eventuali complicanze durante e dopo il trattamento;
- sulla possibilità di interrompere liberamente ed in qualsiasi momento il trattamento fisioterapico;
- sull'impossibilità a procedere nel trattamento fisioterapico in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

DICHIARO INOLTRE DI:

- aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento fisioterapico proposto;
- aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento fisioterapico proposto e sulla qualità della mia vita in caso di rifiuto;
- aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- essere consapevole che la decisione di accettare il trattamento fisioterapico proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento;

Per lo stesso tratto corporeo dichiaro

☐ DI ESSERE SOTTOPOSTO	☐ DI NON ESSERE SOTTOPOSTO
---	---

Contemporaneamente in **altro studio medico** a: _____

PERTANTO

☐ ACCONSENTO	☐ NON ACCONSENTO
-------------------------------------	---

LIBERAMENTE E CONSAPEVOLMENTE AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Data ____/____/____

Nome e Cognome Paziente	Nome e Cognome del Medico Responsabile
*Firma Paziente	Firma del Medico Responsabile

(*) Per Pazienti minori allegare, al presente Consenso, il "Modello A minore"

☐ REVOCA DEL CONSENSO

Data ____/____/____

Firma del paziente