



CONSENSO INFORMATO

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

INFORMATIVA DIADINAMICA

La **terapia Diadinamica Tens** prevede il posizionamento di due elettrodi, uno nella zona da cui si irradia il dolore, l'altro posizionato a breve distanza dal primo. Il primo elettrodo è considerato attivo, il secondo passivo (questa differenza è importante, al momento del posizionamento, per capire come funziona la diadinamica).

Correnti monofase e correnti difase: Nella diadinamica vengono utilizzate sia correnti monofase che correnti difase. Le prime sono più indicate nelle contratture e nelle atrofie, ad esempio in pazienti che sono rimasti allettati a lungo, o dopo la terapia riabilitativa a seguito di una frattura. Le correnti difase hanno invece una vera e propria finalità antidolorifica e analgesica, indicata in caso di infiammazioni muscolari o articolari come tendinite, traumi articolari, algie muscolari quali cervicalgia, lombalgia eccetera.

CONTROINDICAZIONI:

- Cute lesa
- Presenza di pace maker cardiaco e altri apparecchi elettromedicali
- Aritmie cardiache
- Scarsa sensibilità cutanea (come nelle reticolopatie croniche)
- Arteriopatie obliteranti
- Infezioni
- Gravidanza
- Epilessia

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 della Diadinamica può essere la Ionoforesi o la Tens solo nell'eventualità non vi siano controindicazioni (si vedano controindicazioni della Ionoforesi/Tens)

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 DIADINAMICA (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:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> DI ESSERE SOTTOPOSTO	<input type="checkbox"/> DI NON ESSERE SOTTOPOSTO
------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

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

PERTANTO

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> 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"

<input type="checkbox"/> REVOCA DEL CONSENSO

Data ___/___/___

Firma del paziente