

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

INFORMATIVA ELETTROSTIMOLAZIONE

L'Elettrostimolazione è l'utilizzo di corrente elettrica per produrre stimoli che diano origine a contrazioni fisiologiche. Facilita il recupero del tono trofismo muscolare accelerando la guarigione dopo periodi di allettamento e/o immobilità.

È un utile supporto per il recupero più rapido di atleti dopo infortuni.

CONTROINDICAZIONI:

- Disidratazione e tendenza ai crampi
- Presenza di mezzi di sintesi metallici e non
- Arteriopatie obliteranti
- Vene varicose
- Flebiti e tromboflebiti
- Presenza di Pace-maker
- Presenza di Neurostimolatori
- Gravidanza
- Neuropatie anche lievi come fascicolazioni.
- Ipoestesia cutanea (compresa Neuropatia diabetica).

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 elettrostimolazione può essere un massaggio tonificante solo nell'eventualità non vi siano controindicazioni (si vedano controindicazioni del massaggio)

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 ELETTROSTIMOLAZIONE (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