



INFORMATIVA INFRAROSSI

La terapia con raggi infrarossi sfrutta a scopo terapeutico gli effetti biologici prodotti nei tessuti da onde elettromagnetiche con una banda di frequenza vicina ma inferiore alla luce visibile.

Nella pratica clinica vengono comunemente impiegati gli infrarossi A (IRA) con lunghezza d'onda da 0,76 μm a 1,40 μm . I raggi infrarossi vengono rapidamente assorbiti dagli strati superficiali della cute, per cui il loro potere di penetrazione è limitato, raggiungendo una profondità di 5-10 mm.

L'effetto biologico principale dei raggi infrarossi è l'effetto termico, che trasmesso ai tessuti genera una vasodilatazione dei capillari e delle arteriole e un conseguente aumento del metabolismo tissutale con rimozione di sostanze algogene dai tessuti patologici e rilassamento muscolare.

L'esposizione a raggi infrarossi genera sudorazione profusa all'area cutanea esposta, eritema che scompare subito dopo l'interruzione del trattamento, ed una lieve pigmentazione cutanea (quest'ultima solo dopo ripetute esposizioni).

CONTROINDICAZIONI:

- Cardiopatie non compensate
- Portatori di Pacemaker
- Neoplasie
- Flebiti e Tromboflebiti (loco-regionali)
- Ipotensione arteriosa
- Gravidanza
- Arteriopatie obliteranti (loco-regionali)

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 degli Infrarossi, essendo una terapia decontratturante, può essere la Tecarterapia, anche solo 2/3 sedute solo nell'eventualità non vi siano ulteriori controindicazioni (si vedano controindicazioni della tecarterapia).

L'alternativa proposta potrà sospesa o modificata, anche durante il trattamento in corso, qualora le condizioni cliniche del paziente dovessero variare.

	<h2>CONSENSO INFORMATO</h2>	IDL 01-MDS8 allegato 01-Rev. 02 Del 12.06.24
---	-----------------------------	--

CONSENSO INFORMATO INFRAROSSI <small>(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.01.2022)</small>					
Io sottoscritto/a <small>(Nome e Cognome)</small>					
Nato/a a		Il <small>(gg/mm/aaaa)</small>			
Documento d'identità <small>(Specificare tipo di documento)</small>		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