



CONSENSO INFORMATO

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

INFORMATIVA IONOFORESIS

Per **ionoforesi** si intende l'introduzione di un [farmaco](#) nell'organismo attraverso l'[epidermide](#) in un tessuto muscolo-tendineo o legamentoso (somministrazione per via transcutanea), utilizzando una [corrente](#) continua (corrente galvanica), prodotta da un apposito generatore.

Normalmente la ionoforesi viene utilizzata per veicolare antiinfiammatori, per potenziare l'azione transcutanea e minimizzarne gli effetti collaterali, è comunque possibile utilizzare anche altri farmaci come decontratturanti, anestetici, ecc.

Gli effetti della ionoforesi sono principalmente legati al tipo di farmaco utilizzato.

CONTROINDICAZIONI:

- Allergia al farmaco utilizzato (principio attivo ed eccipienti)
- Presenza di mezzi di sintesi metallici e non
- Arteriopatie obliteranti
- Vene varicose
- Flebiti e tromboflebiti
- Presenza di Pace-maker
- Presenza di Neurostimolatori
- Gravidanza
- 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 Ionoforesi può essere la Tens o la Diadinamica solo nell'eventualità non vi siano controindicazioni (si vedano controindicazioni della Tens e Diadinamica).

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 IONOFRESI

(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 complicità ed effetti collaterali;
- sui comportamenti da mettere in atto onde evitare e/o limitare eventuali complicità 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;
- di aver fornito personalmente al centro medico il farmaco consigliato dal medico di riferimento e di averlo conservato secondo idonee modalità.

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