



## CONSENSO INFORMATO

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

### **INFORMATIVA KINESITERAPIA-MOBILIZZAZIONE-STRETCHING-PROPRIOCETTIVI**

**La kinesiterapia:** è un tipo di riabilitazione che viene eseguita manualmente dal terapeuta. L'obiettivo della chinesiterapia non è soltanto il movimento che si deve eseguire per mantenere l'articolazione, ma anche quello di recuperare progressivamente l'ampiezza e la libertà di muoversi.

La kinesiterapia può essere attiva o passiva: l'attiva avviene con la partecipazione "attiva" al movimento da parte del paziente, passiva, invece, dove il paziente non effettua nessun movimento e "passivamente" il fisioterapista attua specifici esercizi e manovre. Spesso il professionista si avvale di strumenti come pesi, elastici, bastoni, palle, ecc.

**La Mobilizzazione:** La mobilizzazione consiste in movimenti di rotazione, stiramento, flessione e lateroflessione che favoriscono la mobilizzazione del paziente e il riposizionamento delle vertebre della colonna. Ha lo scopo di prevenire lesioni secondarie come retrazioni muscolo tendinee, ipotrofie, osteoporosi, danni alle cartilagini e mantenere lo schema corporeo favorendo la capacità di deambulare.

**Lo Stretching:** Il termine stretching significa letteralmente allungarsi, e infatti si tratta di una pratica che include tutti quegli esercizi di allungamento che hanno l'obiettivo di migliorare la condizione muscolare, di prevenire i traumi e di ridurre dolori e infiammazioni già esistenti.

**I Propriocettivi:** La propriocezione è il senso di posizione e di movimento degli arti e del corpo e della forza, che si ha indipendentemente dalla vista.

**Esercizi Propriocettivi:** rappresenta quella capacità di percepire, elaborare e riconoscere tutte le informazioni riguardanti la posizione del nostro corpo all'interno dello spazio e del tempo. Sono esercizi essenziali per stabilizzare la postura del corpo e coordinare i movimenti. I segnali propriocettivi vengono trasmessi al sistema nervoso centrale, dove vengono integrati con le informazioni provenienti da altri sistemi sensoriali - come il sistema visivo e il sistema vestibolare - per creare una rappresentazione complessiva della posizione, del movimento e dell'accelerazione del corpo.

#### **CONTROINDICAZIONI:**

- Presenza di tumori in fase attiva
- Ferite aperte
- Stati infiammatori gravi e cronici
- Spessatezza e stati debilitati
- Fratture non consolidate
- Qualsiasi controindicazione legata al movimento

#### **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**

Non ci sono alternative



## CONSENSO INFORMATO

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

### CONSENSO INFORMATO KINESITERAPIA

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

<b>Io sottoscritto/a</b> (Nome e Cognome)					
<b>Nato/a a</b>		<b>Il</b> (gg/mm/aaaa)			
<b>Documento d'identità</b> (Specificare tipo di documento)		<b>n.</b>		<b>del</b>	
<b>In qualità di:</b>	<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"/> <b>REVOCA DEL CONSENSO</b>
---

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del paziente