



INFORMATIVA LASER TERAPIA

L'acronimo Laser sta per *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*, ovvero amplificazione di luce attraverso l'emissione stimolata di radiazione. Si tratta di una terapia che utilizza la luce per stimolare i tessuti biologici superficiali, attivando i processi riparativi, aumentando i processi antiedemigeni, e la produzione di endorfine, mediante un riscaldamento locale ed un'azione fotomeccanica.

È NECESSARIO indossare gli occhiali protettivi quando il macchinario è acceso poiché il contatto diretto con una sorgente laser può causare danno alla retina.

Gli effetti della laserterapia sono termici, analgesici ed antiedemigeni: aumento della perfusione vascolare, riduzione dello stimolo doloroso locale, aumento del ritorno linfatico, e stimolazione della riparazione tissutale.

CONTROINDICAZIONI:

- Ferite chirurgiche
- Soggetti in trattamento immunosoppressivo
- Presenza di Pace-maker
- Lesioni cutanee di qualsiasi tipo (compresi nevi sospetti)
- Infezioni loco-regionali
- Presenza di Neurostimolatori
- Arteriopatie obliteranti
- Bradicardia
- Flebiti e tromboflebiti
- Vene varicose
- Neoplasie
- Gravidanza
- Ipoestesia cutanea

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 Laserterapia può essere la Tens o la Diadinamica solo nell'eventualità non vi siano controindicazioni (si vedano controindicazioni della Tens e Diadinamica). Nei pazienti portatori di Pacemaker è possibile eseguire il trattamento con il laser non ad alta potenza (HILT).

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

CONSENSO INFORMATO LASER TERAPIA <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