



### **INFORMATIVA LINFODRENAGGIO**

Il drenaggio linfatico è una terapia manuale volta a facilitare la circolazione linfatica. È un massaggio delicato che viene utilizzato quando c'è accumulo di liquidi o sostanze nel tessuto connettivo (edema) e quando il sistema linfatico è alterato.

#### **CONTROINDICAZIONI:**

- infiammazioni acute;
- tumori maligni;
- edema degli arti, dovuta ad insufficienza cardiaca;
- alterazioni della pressione, quali ipotensione o ipertensione;
- asma;
- infezioni generali o locali;
- trombosi venosa profonda.

#### **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 Linfodrenaggio può essere un Massaggio ell'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 LINFODRENAGGIO

(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"/> <b>DI ESSERE SOTTOPOSTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>DI NON ESSERE SOTTOPOSTO</b>
--	--

Contemporaneamente in **altro studio medico** a: \_\_\_\_\_

**PERTANTO**

<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>
--	--

**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