



### **INFORMATIVA MAGNETOTERAPIA**

La magnetoterapia è una terapia che consiste nell'esposizione di una parte del corpo all'irradiazione di un campo magnetico.

La magnetoterapia può essere applicata e mirata in vari parti corporee. La magnetoterapia permette di incrementare la normale fissazione del calcio alle ossa, stimolando la riparazione di tale tessuto.

Gli effetti della magnetoterapia sono la regolarizzazione dell'equilibrio elettrochimico della cellula e il ripristino della corretta permeabilità della membrana cellulare. La magnetoterapia ha inoltre un blando effetto antiedemigeno e disidratativo: riduzione dello stimolo doloroso, lieve ossidazione dei metalli biologici e aumento metabolismo ossidativo con conseguente stimolo della riparazione tissutale.

#### **CONTROINDICAZIONI:**

- Presenza di Pace-maker
- Presenza di Neurostimolatori
- Presenza di clips metalliche chirurgiche
- Presenza all'interno del corpo di metalli (schegge, proiettili, ecc)
- Protesi articolari di vecchia generazione
- Protesi acustiche
- Neoplasie, anche pregresse
- Infezioni loco-regionali e generalizzate
- Gravidanza
- Soggetti sottoposti a cerchiaggio retinico o intervento per cataratta
- Epilessia

#### **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 Magnetoterapia può essere la Tecar solo nell'eventualità non vi siano controindicazioni (si vedano controindicazioni della Tecar).

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 MAGNETOTERAPIA

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

|  |   |                           |  |            |  |
|--|---|---------------------------|--|------------|--|
| <b>Io sottoscritto/a</b><br>(Nome e Cognome)                   |   |                           |  |            |  |
| <b>Nato/a a</b>  |   | <b>Il</b><br>(gg/mm/aaaa) |  |            |  |
| <b>Documento d'identità</b><br>(Specificare tipo di documento) |   | <b>n.</b>                 |  | <b>del</b> |  |
| <b>In qualità di:</b>  | <input type="checkbox"/> Diretto interessato<br><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