



INFORMATIVA MASSOTERAPIA

Il termine massoterapia indica genericamente il massaggio terapeutico. Sviluppata nel corso dei secoli dalle varie culture sia orientali che occidentali, può essere efficace per la cura di varie affezioni dell'apparato muscolo scheletrico. Esistono diversi tipi di tecniche che agiscono più o meno profondamente sui tessuti: trasverso profondo, preparatorio al gesto sportivo, decontratturante, linfodrenante, mio fasciale, ecc.

Principalmente gli effetti della massoterapia sono:

- ridurre le contratture muscolari
- migliorare la circolazione sanguigna e linfatica, riducendo la stasi nei tessuti periferici
- eliminare le aderenze tissutali in seguito a patologie infiammatorie croniche od esiti cicatriziali

La massoterapia viene svolta con le sole mani del fisioterapista senza l'utilizzo di alcuno strumento, spesso con l'ausilio di creme od olii che permettono un miglior scorrimento sulla cute del paziente. Oltre ad effetti diretti sui tessuti la massoterapia ha un'azione di riduzione dello stress, e riduzione generica delle sensazioni dolorose, facilitando la produzione di endorfine.

CONTROINDICAZIONI:

- o Ipertensione non controllata
- o Fratture locoregionali
- o Patologie dermatologiche
- o Gravidanza
- o Patologie infiammatorie loco-regionali
- o Neoplasie
- o Flebiti e Tromboflebiti
- o Infezioni loco-regionali

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 Massaggio può essere l'Elettrostimolazione solo nell'eventualità non vi siano controindicazioni (si vedano controindicazioni dell'Elettrostimolazione).

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 MASSOTERAPIA

(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:	<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