



### **INFORMATIVA RIABILITAZIONE PAVIMENTO PELVICO**

La riabilitazione del pavimento pelvico è una branca della fisioterapia che si occupa di prevenire o trattare le alterazioni della funzione dei muscoli perineali. Si basa su tecniche non chirurgiche e non farmacologiche, come esercizi di stretching, rafforzamento, rilassamento e contrazione dei muscoli pelvici. Lo scopo è di migliorare la sensibilità, la coordinazione, la resistenza e il ripristino delle funzionalità del pavimento pelvico.

Si trattano casi di **dolore pelvico cronico** e perdite **urinarie**, di gas o **feci**, prolassi, o diastasi **dei retti addominali dopo** una gravidanza, ma anche stipsi **cronica o dopo interventi chirurgici pelvici e/o addominali per patologie** che può indurre una debolezza del pavimento pelvico.

#### **CONTROINDICAZIONI:**

- Portatori di Pacemaker
- Infezioni urinarie, vaginali e anali in atto
- Emorroidi in fase acuta
- Importanti prolassi vaginali
- Disuria e ritenzione urinaria
- Forme neoplastiche
- Denervazione perineale completa
- Gravidanza
- Mestruazioni in atto

#### **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**

Nessun trattamento



## CONSENSO INFORMATO

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

### CONSENSO INFORMATO RIABILITAZIONE PAVIMENTO PELVICO

(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"/> 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