



INFORMATIVA POMPAGE

Il **Pompage** è una speciale tecnica di terapia manuale, utilizzata durante i massaggi fisioterapici professionali per trattare diversi disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico. Si tratta di una forma di massaggio dolce, che allunga i muscoli e agisce su tendini e legamenti. La sessione fisioterapica si svolge in tre fasi principali:

1. *Messa in tensione*: deve essere dolce e progressiva, serve ad allungare gradualmente i tessuti muscolari ma senza mai oltrepassare il limite della loro fisiologica elasticità.
2. *Mantenimento*: questa seconda fase richiede un'attenzione di almeno 30 secondi e risulta essere la parte più delicata. Data la viscoelasticità della fibra muscolare, una tensione sufficientemente prolungata permette ai miofilamenti scivolare verso l'allungamento, provocando una reazione positiva sia a livello muscolare che scheletrico.
3. *Rilascio graduale*: ha un'azione decontratturante, antalgica e di richiamo circolatorio attraverso una lenta e continua mobilizzazione della fascia.

CONTROINDICAZIONI:

- Stati febbrili
- Malattie infettive
- Lesioni capsulo-legamentose dell'articolazione trattata, specialmente nel tratto cervicale
- Lesioni muscolari acute della regione trattata
- Instabilità articolare dell'articolazione trattata
- Presenza di protesi articolari
- Neoplasie
- Gravidanza
- Malattie reumatiche e/o infettive
- Traumi recenti.
- Fratture, osteoporosi grave, spondilolistesi

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 Pompage può essere il Massaggio solo nell'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 POMPAGE					
(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