



CONSENSO INFORMATO

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

INFORMATIVA – CONSENSO INFORMATO TECARTERAPIA

L'acronimo Tecar sta per trasmissione energetica capacitiva-resistiva. Si tratta di una terapia che stimola energia dall'interno dei tessuti biologici, attivando i processi riparativi e antiinfiammatori. Agisce richiamando le cariche elettriche del corpo, sfruttando il principio del condensatore, cioè due conduttori affacciati e separati da un isolante.

Nel macchinario un elettrodo è collegato a un generatore di onde radio a bassa frequenza (meno di 0,5 MHz), mentre il secondo conduttore è rappresentato dal tessuto biologico. Nella zona sotto terapia si avrà un flusso di cariche con attivazione metabolica e un effetto termico endogeno (cioè che nasce dall'interno).

Gli effetti della Tecarterapia sono meccanici, termici e chimici: decontratturante, aumento della perfusione vascolare, aumento del ritorno linfatico, e stimolazione della riparazione tissutale.

CONTROINDICAZIONI:

- Osteoporosi ad alto turnover
- Presenza di frammenti metallici
- Presenza di Neurostimolatori
- Flebiti e tromboflebiti
- Presenza di Pace-maker
- Ipoestesia cutanea (compresa Neuropatia diabetica)
- Ipotensione arteriosa
- Fibrillazione atriale
- Protesi articolari locali
- Arteriopatie obliteranti
- Vene varicose
- Neoplasie
- Tubercolosi
- Infezioni loco-regionali
- Gravidanza
- 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 Tecarterapia può essere la Terapia Laser, l'Elettroterapia, le Onde D'urto, e la terapia manuale solo nell'eventualità non vi siano controindicazioni (si vedano controindicazioni la Terapia Laser, l'Elettroterapia, le Onde D'urto, e la terapia manuale).

L'alternativa proposta potrà sospesa o modificata, anche durante il trattamento in corso, qualora le condizioni cliniche del paziente dovessero variare.

	<h2>CONSENSO INFORMATO</h2>	IDL 01-MDS8 allegato 01-Rev. 02 Del 12.06.24
---	-----------------------------	--

CONSENSO INFORMATO TECARTERAPIA <small>(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.01.2022)</small>					
Io sottoscritto/a <small>(Nome e Cognome)</small>					
Nato/a a		Il <small>(gg/mm/aaaa)</small>			
Documento d'identità <small>(Specificare tipo di documento)</small>		n.		del	
In qualità di:		<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Tutore/Rappresentante legale del/la sig./ra:			

DICHIO

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.

DICHIO 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