



## **INFORMATIVA ULTRASUONI**

L'ultrasuonoterapia utilizza l'energia meccanica delle onde sonore ad elevata frequenza, non percepibili dall'orecchio umano. Gli apparecchi di ultrasuonoterapia sono costituiti da un generatore, un cavo schermato e una testina emittente che può essere posta sulla zona da trattare in maniera fissa o mobile, con interposizione di un gel. Gli ultrasuoni possono essere usati anche in acqua: la testina viene immersa nel mezzo idrico vicino alla zona da trattare.

I crioultrasuoni sfruttano lo stesso principio degli ultrasuoni associato al freddo, generato dalla testina metallica del macchinario.

Gli effetti degli ultrasuoni sono meccanici, termici e chimici: aumento della perfusione vascolare, aumento del ritorno linfatico, fibrolisi ed una stimolazione della riparazione tissutale.

### **CONTROINDICAZIONI:**

- Osteoporosi ad alto turnover
- Presenza di frammenti metallici
- Protesi articolari locali
- Arteriopatie obliteranti
- Vene varicose
- Flebiti e tromboflebiti
- Presenza di Pace-maker
- Presenza di Neurostimolatori
- Neoplasie
- Tubercolosi
- Infezioni loco-regionali
- Gravidanza

### **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 Ultrasuono può essere l'Onda D'urto solo nell'eventualità non vi siano controindicazioni (si vedano controindicazioni del 'Onda D'urto).

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

<b>CONSENSO INFORMATO ULTRASUONO</b> <small>(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.01.2022)</small>					
<b>Io sottoscritto/a</b> <small>(Nome e Cognome)</small>					
<b>Nato/a a</b>		<b>Il</b> <small>(gg/mm/aaaa)</small>			
<b>Documento d'identità</b> <small>(Specificare tipo di documento)</small>		<b>n.</b>		<b>del</b>	
<b>In qualità di:</b>	<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"/> <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