



### INFORMATIVA RIEDUCAZIONE POSTURALE

La Rieducazione Posturale è una metodica di trattamento che prevede il mantenimento di una posizione corporea obbligata atta al ripristino della corretta postura dei vari segmenti corporei, utilizzando un rilassamento ed un miglior utilizzo dei muscoli respiratori.

Tale terapia può essere svolta in maniera individuale o in gruppo, con o senza l'aiuto del fisioterapista a seconda delle necessità di trattamento della patologia da cui è affetto il paziente.

E' particolarmente efficace in ambito ortopedico e neurologico, per tutte le condizioni pre o post chirurgiche della colonna, ma anche per affezioni che coinvolgano i muscoli della schiena, provocando dolore anche in assenza di lesioni evidenziabili mediante le tecniche radiologiche.

E' un'ottima metodica di prevenzione per le patologie della colonna e per il benessere psicofisico.

Tale metodica risulta di solito innocua, ma vista la necessità di mantenimento forzato di posture, alcune patologie possono controindicarne lo svolgimento o renderlo inutile.

#### CONTROINDICAZIONI:

- Osteoporosi grave
- Rachialgie in fase acuta
- Fratture vertebrali
- Lesioni muscolari del rachide
- Patologie dell'apparato vestibolare
- Neoplasie dell'osso (primarie o metastatiche)
- Lombosciatalgie acute
- Ernie discali con alto rischio di espulsione completa
- Spondilite anchilosante

#### 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 Posturale può essere la Mobilizzazione colonna e arti, e Stretching solo nell'eventualità non vi siano controindicazioni (si vedano controindicazioni la Kinesiterapia e Stretching).

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 RIEDUCAZIONE POSTURALE E ESERCIZI RESPIRATORI

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.01.2022)

<b>Io sottoscritto/a</b> (Nome e Cognome)					
<b>Nato/a a</b>		<b>Il</b> (gg/mm/aaaa)			
<b>Documento d'identità</b> (Specificare tipo di documento)		<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"/> 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