INFORMATIVA TENS

La sigla TENS deriva dalle lettere iniziali delle parole inglesi "*Transcutaneous Electric Nervous Stimulation*" (stimolazione elettrica transcutanea nervosa), in quanto la tecnica è quella di applicare sulla cute per mezzo di placche elettroconduttive, dei particolari impulsi elettrici che eccitano solo le fibre nervose della sensibilità tattile situate proprio sotto la pelle.
Stimolando le fibre nervose con impulsi TENS di frequenza appropriata si possono neutralizzare gli impulsi del dolore, i quali non giungendo al nostro cervello non verranno percepiti. Allo stesso tempo, questi impulsi TENS permettono la produzione di endorfine, il che innalza la soglia del dolore.
NOTA: potrebbe capitare che un'alta soglia del dolore del soggetto possa portare a lievi ustioni cutanee superficiali, condizione fastidiosa, ma clinicamente irrilevante.
Gli effetti della TENS sono principalmente di riduzione della sensazione dolorosa loco regionale.

CONTROINDICAZIONI:

- Presenza di mezzi di sintesi metallici e non
- Arteriopatie obliteranti
- Vene varicose
- Flebiti e tromboflebiti
- Presenza di Pace-maker
- Presenza di Neurostimolatori
- Gravidanza
- Ipoestesia cutanea (compresa Neuropatia diabetica).

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 Tens può essere la Ionoforesi o la Diadinamica solo nell'eventualità non vi siano controindicazioni (si vedano controindicazioni della Ionoforesi/Diadinamica)

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

CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTO TENS (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:	❑ Diretto interessato ❑ 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

☐ **DI ESSERE SOTTOPOSTO**	☐ **DI NON ESSERE SOTTOPOSTO**

Contemporaneamente in **altro studio medico** a: _____

PERTANTO

☐ **ACCONSENTO**	☐ **NON ACCONSENTO**

LIBERAMENTE E CONSAPEVOLMENTE AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Data____/____/_____

Nome e Cognome Paziente	Nome e Cognome del Medico Responsabile **Ignazio di Tocco**
*Firma Paziente	Firma del Medico Responsabile

(*) Per Pazienti minori allegare, al presente Consenso, il "Modello A minore"

☐ **REVOCA DEL CONSENSO**

Data____/____/_____ Firma del paziente