

TRATTAMENTO FISIOTERAPICO – NOTA INFORMATIVA

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a al trattamento di **RIEDUCAZIONE MOTORIA**.

- **Cod. 93.11.1** rieducazione motoria individuale in motuleso grave strumentale complessa.
- **Cod. 93.11.2** rieducazione motoria individuale in motuleso grave semplice.
- **Cod. 93.11.3** rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale strumentale complessa.
- **Cod. 93.11.4** rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice.
- **Cod. 93.11.5** rieducazione motoria in gruppo.

Legga attentamente e firmi la presente nota informativa, prima di firmare il consenso informato per l'esecuzione delle cure.

Modalità di esecuzione: viene effettuata manualmente (avvalendosi anche di specifici ausili) e/o attivamente dal paziente con l'aiuto del fisioterapista; nella rieducazione motoria individuale o di gruppo il paziente mette in pratica le indicazioni del fisioterapista, il quale lo assiste coordinando la sequenza dei movimenti.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): recupero totale o parziale dell'escursione articolare (movimento articolare flessione estensione ecc.), stabilizzazione articolare, prevenzione del danno funzionale, recupero del tono muscolare, della coordinazione, dell'equilibrio della propriocezione, riduzione del dolore, raggiungimento della migliore funzione possibile.

Possibili alternative: utilizzo di mobilizzatori meccanici, idroterapia.

Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale: aumento del dolore, gonfiore, edema in sede interessata. Controindicata nel caso di fratture non ridotte, grave osteoporosi, mezzi di sintesi non stabilizzati neoplasie.

Possibili problemi di recupero e le sue conseguenze sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale: persistenza della sintomatologia dolorosa, ridotta escursione articolare, ridotta funzionalità motoria con ripercussioni sulla vita sociale e lavorativa.

Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione: limitazione funzionale nelle attività di vita quotidiane.

Segnalazioni da parte del paziente al medico che prescrive il trattamento riabilitativo:

La invitiamo ad informare il medico su:

- ✓ patologia di cui è affetto;
- ✓ uso di eventuali farmaci;
- ✓ presenza di eventuali allergie.

Idoneità dell'Unità Operativa ad eseguire il trattamento proposto: il servizio di U.O.S.D. di M.F.R. aziendale è idoneo ad eseguire i trattamenti sopra descritti.

Speriamo che quanto sopra riportato, di essere stati esaurienti. Non esiti comunque a porci tutti i quesiti e le domande che riterrà opportune.

Il Signor /Signora: _____

Ha personalmente ricevuto la nota informativa dal Dottor:

_____/_____/_____

Firma _____

AVVISO IMPORTANTE

Questo modulo, compilato e firmato, deve essere consegnato PRIMA dell'inizio del ciclo terapeutico unitamente alla prescrizione medica riportante il trattamento da eseguire.

La mancata consegna dello stesso costituisce impedimento per la effettuazione delle terapie.