

NOTA INFORMATIVA - TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad **ELETTROTERAPIA** (elettrostimolazione).

- **Cod. 93.39.6** elettroterapia di muscoli normo o denervati della mano o del viso.
 - **Cod. 93.39.7** elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti.

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

Modalità di esecuzione:

- Consiste nell' applicare degli elettrodi nella zona da trattare e attivare la corrente elettrica secondo i valori soglia raccomandati dalle linee guida con lo scopo di ottenere la contrazione muscolare.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi):

- miglioramento della forza e del trofismo muscolare;
 - possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione.

Possibili alternative:

- #### **3) Alternative:**

Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale:

- scarsità di tollerabilità individuale alle correnti elettriche;
 - arrossamento cutaneo, irritazione cutanea, possibili lesioni termiche;
 - controindicato nei portatori di stimolatori cardiaci o altri dispositivi elettronici per le funzioni vitali e/o di gravi aritmie cardiache, trombosi venose in atto, neoplasie.

Possibili problemi di recupero e sue conseguenze sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale:

- limitazione forza muscolare con diminuzione della mimica del viso, del movimento nelle attività della vita quotidiana

Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:

- persistenza dell'ipotonia muscolare, riduzione delle attività della vita quotidiana.

Segnalazioni da parte del Paziente al medico che esegue la prestazione:

I la invitiamo ad informare il medico su:

- ✓ patologia di cui è affetto;
 - ✓ presenza di eventuali allergie;
 - ✓ elevata sensibilità cutanea;
 - ✓ portatori di stimolatori cardiaci o altri dispositivi elettronici per le funzioni vitali e/o di gravi aritmie cardiache, trombosi venose in atto neoplasie, ipostenie.

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 con 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:

Data / / / 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.