

### NOTA INFORMATIVA -TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Gentile Signore/a, Lei dovrà essere sottoposto/a al trattamento di **MAGNETOTERAPIA cod. 93.39.8.**

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

**Modalità di esecuzione:**

- Consiste nel posizionare la parte da trattare all'interno di solenoidi che emettono onde elettromagnetiche.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):**

- regressione del processo infiammatorio, accelerazione del consolidamento osseo.
- efficacia sui sintomi (dolore) con riduzione della sintomatologia dolorosa.
- possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione.

**Possibili alternative:** assunzione di terapia farmacologica.

**Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale:** peggioramento della sintomatologia dolorosa;

- controindicata in presenza di trombosi venose in atto, di stati emorragici e di versamenti ematici, presenza di stimolatori cardiaci, gravidanza, protesi articolari cementate e/o **mezzi di sintesi metallici endotessutali.**

**Possibili problemi di recupero e sue conseguenze sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale:** persistenza della sintomatologia dolorosa con limitazione del movimento nelle attività della vita quotidiana.

**Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:** persistenza del dolore e della sintomatologia, ritardo di consolidazione ossea.

**Segnalazioni da parte del paziente al medico che esegue la prestazione:**

La invitiamo ad informare il medico su:

- ✓ presenza di trombosi venose in atto;
- ✓ di stati emorragici e di versamenti ematici;
- ✓ presenza di stimolatori cardiaci;
- ✓ gravidanza;
- ✓ protesi articolari cementate e/o mezzi di sintesi metallici endotessutali.

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

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

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.**