

NOTA INFORMATIVA-TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad **ULTRASONOTERAPIA cod. 93.39.9.**

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 la placca o testina cosparse di gel sulla zona da trattare, oppure immergere la testina dell'apparecchio e la zona corporea da trattare in una bacinella d'acqua ed attivare le onde ultrasonore ad emissione continua o pulsata secondo valori soglia raccomandati dalle linee guida.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi):

- riduzione del dolore, dell'edema e dell'infiammazione.
- possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione.

Possibili alternative:

- terapia farmacologica.

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

- aumento del dolore, possibili lesioni termiche in corrispondenza di cicatrici;
- reazioni di intolleranza nei confronti delle sostanze gel / creme;
- scarsa tollerabilità individuale agli ultrasuoni;
- presenza di stimolatori cardiaci, stato di gravidanza;

Controindicazioni: lesioni flogistiche acute, emartri, stati di alterata sensibilità con turbe della percezione termica, neoplasie, stimolatori elettrici, grave osteoporosi, portatori di protesi e recenti stabilizzazioni con mezzi di sintesi.

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

- persistenza della sintomatologia dolorosa, diminuzione del movimento nelle attività della vita quotidiana.

Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:

- persistenza della sintomatologia dolorosa.

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

La invitiamo ad informare il medico su:

- ✓ patologia di cui è affetto;
- ✓ presenza di eventuali allergie;
- ✓ elevata sensibilità cutanea.

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 il trattamento sopra descritto.

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:

_____/_____/_____

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.