

NOTA INFORMATIVA -PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

Gentile Signore/a

Lei dovrà essere sottoposto/a al trattamento di **TRATTAMENTO DI RIABILITAZIONE CON PRI** (Progetto Riabilitativo Individuale) stilato dal medico Fisiatra, referente del programma riabilitativo personalizzato che verrà condiviso con lei.

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

Il programma riabilitativo comprende una parte valutativa e un Progetto Riabilitativo Individuale.

Valutazione: comprende la visita medica esame obiettivo e le scale di valutazione.

Progetto Riabilitativo Individuale: gli obiettivi raggiungibili (verranno concordati con il Fisiatra in rapporto alle potenziali possibilità di recupero funzionale), l'indicazione degli esercizi volti al recupero/tentativo della sua limitazione funzionale (riduzione del movimento e delle attività di vita quotidiana).

Possibili alternative: può concordare con il Fisiatra referente eventuale altro setting (contesto riabilitativo) appropriato valutando i tempi di attuazione, di recupero e le conseguenze sulla attività di vita quotidiana nella non condivisione/approvazione del programma riabilitativo proposto.

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 trattamento 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 per il PRI 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.