

### TRATTAMENTO FISIOTERAPICO – NOTA INFORMATIVA

Gentile Signore/a

Lei dovrà essere sottoposto/a al trattamento di **MOBILIZZAZIONE (PASSIVA E/O ATTIVA E/O ATTIVA ASSISTITA)**.

- **Cod. 93.15** mobilizzazione della colonna vertebrale;
- **Cod. 93.16** mobilizzazione di altre articolazioni / manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni.

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 dal fisioterapista e/o attivamente dal paziente con l'aiuto del Fisioterapista; nella mobilizzazione attiva il paziente mette in pratica le indicazioni del Fisioterapista il quale lo assiste coordinando le sequenze 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.

**Possibili alternative:** utilizzo di mobilizzatori meccanici.

**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 o ridotta escursione articolare 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 esaурienti. 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.**