

 <p>AUSL 4 TERAMO Il meglio è nel tuo territorio</p>	<p>DIPARTIMENTO DISCIPLINE MEDICHE AUSL TERAMO Direttore: Dott. G. Del Rosso U.O.S. D. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE AZIENDALE Dirigenti Medici Dott.ssa G. Franzone Dott. I. Pesare (Tel. 0861/429415)</p>	<p>Nota informativa: esercizi respiratori.</p> <p>N° 3</p> <p>Revisione 1 Del: 14/05/2018</p> <p>Pagina 1</p>
--	---	--

NOTA INFORMATIVA - TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Gentile Signore/a

Lei dovrà essere sottoposto/a **ESERCIZI RESPIRATORI INDIVIDUALI E/O COLLETTIVI**.

- **Cod.: 93.18.1** esercizi respiratori- per seduta individuale.
- **Cod. 93.18.2** (esercizi respiratori- per seduta collettiva).

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

Modalità di esecuzione: il Fisioterapista istruisce l'utente al corretto movimento respiratorio e al corretto utilizzo dell'eventuale utilizzo di ossigeno-terapia ventilatori polmonari ed erogatori per farmaci.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): migliorare la capacità respiratoria.

Possibili alternative: valutazione medica per terapia farmacologica

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

Possibili problemi di recupero e le sue conseguenze sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale: ridotta capacità respiratoria, riacutizzazione della dispnea.

Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione: limitazioni alla effettuazione delle attività della vita quotidiana, incremento della dispnea.

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 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.