

NOTA INFORMATIVA -TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Gentile Signore/a

Lei dovrà essere sottoposto/a al trattamento di **ESERCIZI POSTURALI**.

- **Cod. 93.19.1** esercizi posturali - propriocettivi - per seduta individuale.
- **Cod 93.19.2** esercizi posturali - propriocettivi - 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: ha lo scopo di migliorare la postura del corpo, cura e prevenzione dei più comuni disfunzioni muscolo-scheletriche (scoliosi, lombalgie, sciatalgie, cervicalgie ecc) attraverso esercizi respiratori di rinforzo, allungamento e rilassamento che l'utente esegue autonomamente e attivamente su indicazione del Fisioterapista.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): acquisizione della corretta postura, recupero della funzione motoria, sollievo dal dolore.

Possibili alternative: valutazione medica per eventuale tutore o busto.

Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale: nausea, vertigini, sbalzi pressori, aumento della sintomatologia dolorosa, affaticamento.

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 funzionalità articolare con ripercussioni sulla vita sociale e lavorativa.

Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione: persistenza delle sindromi dolorose, ridotta escursione articolare, limitazione funzionale nelle attività di vita quotidiana.

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 trattamento 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.