

## NOTA INFORMATIVA -TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Gentile Signore/a

Lei dovrà essere sottoposto/a al trattamento di **TRAINING DEAMBULATORIO E DEL PASSO cod.93.22.**  
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 recupero del carico della forza muscolare, dell'articolarità, della coordinazione nel cammino, anche con l'uso di ausili.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** migliora la stabilità la coordinazione e l'autonomia del paziente, anche nel caso di quanti devono avvalersi di protesi o tutori. Acquisizione dello schema corretto del passo, recupero della funzione motoria, sollievo dal dolore.

**Possibili alternative:** valutazione medica per altre terapie.

**Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale:** perdita dell'equilibrio, cadute accidentali, riacutizzazione del dolore, comparsa di edema, affaticamento.

**Possibili problemi di recupero e le sue conseguenze sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale:** ridotta funzionalità articolare con ripercussioni sulle autonomie della vita quotidiana.

**Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:** limitazione 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.**