



NOTA INFORMATIVA - TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a Applicazione di **IRRADIAZIONE INFRAROSSI Cod. 93.35.2.**

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

Modalità di esecuzione: consiste nel posizionare la lampada infrarossa sulla zona da trattare allo scopo di aumentare l'irrorazione sanguigna.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): riduzione del dolore e delle contratture muscolari.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): miglioramento della sintomatologia dolorosa e riduzione della rigidità muscolare. Possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione.

Possibili alternative: terapia farmacologica.

Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale: arrossamento cutaneo, irritazione cutanea, possibili lesioni termiche.

Controindicata: negli stati neoplastici, stati febbrili, stati infiammatori acuti, da soggetti con particolare fotosensibilità (che assumano antibiotici, sulfamidici e barbiturici) dalla presenza di emartri o idrartri.

Possibili problemi di recupero e sue conseguenze sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale: limitazione del movimento nelle attività della vita quotidiana.

Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione: persistenza della rigidità e sintomatologia dolorosa riduzione delle attività della vita quotidiana.

Segnalazioni da parte del Paziente al medico che esegue la prestazione:

La invitiamo ad informare il medico su:

- patologia di cui è affetto;
- presenza di eventuali allergie;
- elevata sensibilità cutanea ;
- stati neoplastici, stati febbrili, stati infiammatori acuti, da soggetti con particolare fotosensibilità (che assumano antibiotici, sulfamidici e barbiturici) dalla presenza di emartri o idrartri.

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 il trattamento sopra descritto.

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:

_____/_____/_____

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.