

### NOTA INFORMATIVA -TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Gentile Signore/a

Lei dovrà essere sottoposto/a al trattamento di **MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO Cod. 93.39.2.**

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

**Modalità di esecuzione:** effettuata manualmente dal fisioterapista sfrutta gli effetti meccanici per ridurre gli edemi periferici.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** riduzione degli edemi miglioramento della funzione.

**Possibili alternative:** pressoterapia, terapia medica.

**Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale:** comparsa di lesioni (escoriate) superficiali da frizione, diffusione di germi patogeni da siti colpiti da infezione superficiali, ritardi nel processo di guarigione cicatriziale, mobilizzazione di trombi venosi o arteriosi.

**Possibili problemi di recupero e le sue conseguenze sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale:** persistenza della sintomatologia dolorosa.

**Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:** riduzione delle attività della 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 trattamenti sopra descritti.

Speriamo con 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.**