

	Consenso Informato Rieducazione Funzionale Terapie Manuali e Strumentali	Mod.05.43
		Rev.1 Aggiornato al 14/01/2021
		Pag. 1 di 1

COGNOME _____ NOME _____
 N. ESAME _____

Gentile signora/e,

segnaliamo le più importanti controindicazioni comuni a tutte le terapie eseguite presso il centro:

- Gravidanza
- Patologie neoplastiche in essere o pregresse
- Presenza di Pace-Maker
- Malattie infettive
- Protesi acustiche
- Mezzi di sintesi su eventuali fratture o eventi politraumatici

Nello specifico La informiamo che:

- ❖ **Massoterapia, Ultrasuonoterapia, Tecarterapia**, sono controindicate in presenza di reazioni o patologie cutanee, dermatiti da contatto e allergiche.
- ❖ **Laserterapia** è pericolosa per gli occhi e la vista e può essere eseguita solo portando le apposite lenti protettive che Vi verranno consegnate
- ❖ **Kinesiterapia e Manipolazioni di osteopatia** può riacutizzare la sintomatologia algica, possibili gli eventi fratturativi e/o distrattivi in particolare se in presenza di osteopenia (senile o patologica) o postumi chirurgici.
- ❖ **Ionoforesi** può creare arrossamenti e ustioni cutanee. In caso di allergia ai farmaci usati (spesso imprevedibile) le reazioni potrebbero essere anche gravissime. Segnalate sempre le allergopatie di cui siete a conoscenza.
- ❖ **Onde d'urto** sono controindicate nelle patologie in fase acuta e in presenza di terapie con farmaci coagulanti (segnalare INR) sono in genere ben tollerate anche se possono risultare dolorose sulle zone più infiammate. Raramente peggiorative della sintomatologia dolorosa possono aggravare le condizioni strutturali delle parti trattate in caso di importanti forme degenerative.

CONSENSO INFORMATO

Essendo stato/a adeguatamente informato/a ed avendo ben compreso tutto quanto riguarda la terapia manuale fisica e/o strumentale cui sto per sottopormi, in accordo con il Medico, accetto di essere sottoposto/a a quanto mi è stato proposto.

_____ Lì ___ / ___ / ___

Nome e Cognome del Medico _____

Firma del Medico _____

Firma del paziente _____

 Il sottoscritto _____ (esercitante la patria potestà sul minore _____), adeguatamente informato e cosciente delle possibili conseguenze che potrebbero derivare dal sottoporsi a tali terapie, escludo che lo stesso sia affetto da patologie neoplastiche e da lievi o gravi insufficienze cardiovascolari.

_____ Lì ___ / ___ / ___

Nome e Cognome del Medico _____

Firma del Medico _____

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela