



## CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

### Dichiarazione di ricevuta informazione e CONSENSO ALL'INTERVENTO RIABILITATIVO

Visita del dr. **nome medico**

Sig./Sig.ra **cognome nome paziente**

**in data data visita**

**nato/a luogo nascita**

**il data nascita**

Viene consigliato un trattamento di tipo: **tipo trattamento**

Gentile Paziente (o genitore/tutore del minore o tutore/amministratore di sostegno/legale rappresentante dell'incapace), in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

#### Descrizione dell'intervento

L'intervento riabilitativo consiste in un serie di sedute di Kinesiterapia attiva e/o passiva, in esecuzione di tecniche di Massoterapia e nell'applicazione di Terapie Fisiche strumentali.

❖ La **Kinesiterapia attiva** si attua attraverso una serie di movimenti specifici attivi con l'intento di:

- ricondizionare la muscolatura di uno o più distretti articolari
- recuperare la coordinazione motoria di uno più o distretti articolari
- mantenere o aumentare l'articolari di uno più o distretti articolari
- migliorare il controllo articolare durante i movimenti (stabilizzazione).

**Possibili effetti indesiderati:** episodi di sofferenza neurovegetativa (nausea, vertigini, sbalzi pressori), aggravamento della sintomatologia dolorosa, scarsa tollerabilità individuale agli esercizi.

**Controindicazioni:** fragilità ossea, osteoporosi, indicazioni del chirurgo, mancanza di collaborazione

❖ La **Kinesiterapia passiva** si attua attraverso una serie di movimenti specifici passivi all'interno o alla fine dell'escursione articolare eseguiti con forza, frequenza e direzioni variabili, definiti mobilizzazioni e manipolazioni, con l'intento di:

- recuperare o aumentare l'articolari di uno o più distretti articolari
- facilitare l'esecuzione di movimenti
- aumentare l'arco privo di dolore di uno o più articolazioni.

**Possibili effetti indesiderati:** episodi di sofferenza neurovegetativa (nausea, vertigini, sbalzi pressori), aggravamento della sintomatologia dolorosa, scarsa tollerabilità individuale agli esercizi, ematomi.

**Controindicazioni:** fragilità ossea, osteoporosi, indicazioni del chirurgo, mancanza di collaborazione

❖ L' **Idrokinesiterapia** è l'insieme degli esercizi riabilitativi eseguiti in ambiente acquatico (vasca riabilitativa) volti al recupero articolare e graduale del carico, al contenimento dell'edema e del dolore, al recupero dello schema corporeo, al rinforzo muscolare.

**Controindicazioni:** TVP in atto, incontinenza urinaria/fecale, lesioni cutanee, gravi cardiopatie, allergie note al cloro, epilessia, malattie infettive, insufficienza respiratoria, otiti, turbe psicologiche, fobia dell'acqua.

❖ La **Massoterapia distrettuale** consiste in manipolazioni dei tessuti molli (muscolofasciali e capsulolegamentosi) secondo varie tecniche, ad azione locale o riflessa.

**Controindicazioni:** presenza di fragilità capillare o di varici, stati di ipersensibilità cutanea o di particolare labilità pressoria, lesioni traumatiche acute dell'apparato osteo-artro-muscolare, processi infettivi o tumorali, condizioni di diatesi trombotica o trombosi venosa in atto, insufficienza cardiaca con edema agli arti inferiori, processi febbrili.

Rev.02 genn 25



Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCOVENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa  
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli  
Sede Legale: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833  
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.  
[www.centromedicodifisioterapia.it](http://www.centromedicodifisioterapia.it) - e-mail: [info@centromedicodifisioterapia.it](mailto:info@centromedicodifisioterapia.it)



## CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

- ❖ La **TERAPIA FISICA STRUMENTALE** si attua tramite l'applicazione di mezzi fisici quali:
- energia elettrica (TENS, correnti interferenziali, diadinamiche, galvaniche, ionofresi, magneto, stimolazione elettrica)
  - energia termica con calore esogeno (infrarosso), con calore endogeno (Ipertermia, Tecar), con freddo (Crioterapia)
  - energia luminosa (Laser, Yag, H.I.L.T.)
  - energia meccanica (ultrasuono).

### **Elettroterapia antalgica** (TENS, correnti interferenziali, correnti diadinamiche, galvaniche)

E' un'applicazione terapeutica dell'energia elettrica che viene abitualmente utilizzata con lo scopo di ottenere un effetto analgesico, antalgico e antiedemigeno (interferenziali e diadinamiche).

**Possibili effetti indesiderati:** episodi di sofferenza neurovegetativa (nausea, vertigini, sbalzi pressori), aggravamento della sintomatologia dolorosa, scarsa tollerabilità individuale, arrossamenti, reazioni allergiche.

**Controindicazioni:** stati di alterata sensibilità cutanea, gravidanza accertata o presunta, presenza di stimolatori cardiaci, defibrillatori o altri dispositivi elettronici di supporto a funzioni vitali (interazione dei rispettivi campi elettromagnetici) e/o di gravi aritmie cardiache, soluzioni di continuo della cute, dermatiti, presenza di oggetti o mezzi di sintesi in prossimità della zona da trattare, epilessia.

### **Ionofresi**

E' una metodica che utilizza una corrente continua, al fine di veicolare attraverso la cute gli ioni attivi di un farmaco.

**Indicazioni:** il paziente dovrà mantenere a domicilio il farmaco prescritto in buono stato di temperatura e conservazione prima dello svolgimento delle terapie.

**Possibili effetti indesiderati:** reazioni di intolleranza nei confronti delle sostanze veicolate, accentuazione temporanea della sintomatologia dolorosa nel punto di applicazione, comparsa di aree di arrossamento cutaneo con aumento della temperatura locale, ustioni di lieve entità.

**Controindicazioni:** dermatiti, ferite, abrasioni, ipoestesia, allergie, vasculopatie, epilessia, gravi disturbi cardiaci, pacemaker, presenza di metallo intratessutale, stato di gravidanza.

### **Magnetoterapia**

Si serve di campi magnetici con lo scopo di indurre effetti facilitanti un'azione antalgica, antiedemigena e di attivazione delle proprietà riparative cellulari favorente la formazione del callo osseo in corso di fratture e nell'osteoporosi.

**Possibili effetti indesiderati:** episodi di sofferenza neurovegetativa (nausea, vertigini, sbalzi pressori), aggravamento della sintomatologia dolorosa, scarsa tollerabilità individuale.

**Controindicazioni:** trombosi venose in atto, stati emorragici, versamenti ematici, presenza di stimolatori cardiaci, defibrillatori o altri dispositivi elettronici di supporto a funzioni vitali (interazione dei rispettivi campi elettromagnetici), gravidanza accertata o presunta, neoplasie, allattamento.

### **Stimolazione elettrica**

Ha lo scopo di ottenere un'azione di eccitazione sulle fibre muscolari atrofiche o ipotrofiche normo-innervate e denervate, migliorandone la funzione.

**Possibili effetti indesiderati:** episodi di sofferenza neurovegetativa (nausea, vertigini, sbalzi pressori), aggravamento della sintomatologia dolorosa, scarsa tollerabilità individuale.

**Controindicazioni:** presenza di stimolatori cardiaci, defibrillatori o altri dispositivi elettronici di supporto a funzioni vitali (interazione dei rispettivi campi elettromagnetici), aritmie cardiache, stati di particolare sensibilità-irritabilità cutanea, stati di fragilità capillare, lesioni traumatiche recenti dello scheletro, stati di labilità pressoria, trombosi venose in atto, epilessia.







# CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

## Rischi generali

La Kinesiterapia passiva o attiva e la Terapia Fisica strumentale possono determinare in alcuni casi e/o pazienti una riacutizzazione della sintomatologia nelle ore successive al trattamento, in genere temporanea. Nei trattamenti in cui è prevista l'applicazione cutanea di farmaci (ionoforesi) si possono verificare allergie locali da farmaco.

## Rischi del mancato trattamento

Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## DICHIARA

di aver ricevuto dal **Medico o dall' Equipe Medica** spiegazioni chiare e comprensibili e di aver pienamente compreso le modalità, lo scopo e la natura dell'intervento di riabilitazione indicato nel modulo in oggetto, e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse al predetto intervento.

Dichiara, inoltre, di averne ben compreso il significato, di aver avuto il tempo sufficiente per decidere e di accettare liberamente, spontaneamente e in piena conoscenza, il trattamento proposto.

Data, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma del Paziente**  
o genitore/tutore del minore  
o tutore/amministratore di sostegno/  
legale rappresentante dell'incapace

## Spazio a cura del Medico o dell'Equipe Medica

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ confermo di aver reso edotto il paziente circa la cura proposta.

Luogo \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico**  
**o dell'Equipe Medica**

Data, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_



Sede Operativa: 35131 PADOVA- Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 35143 PADOVA- TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa  
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli  
Sede Legale: 35131 PADOVA- Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833  
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.  
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it



# CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

## Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso all'intervento riabilitativo sul minore

I sottoscritti

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ (madre) C. F. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ (padre) C. F. \_\_\_\_\_

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale, ricevute le informazioni fornite dal prospetto allegato

### DICHIARANO

il loro consenso all'intervento riabilitativo sul minore **cognome e nome**

(Il consenso è validamente prestato se il presente modulo viene sottoscritto da almeno uno dei genitori esercenti la patria potestà. E' prevista la firma di entrambi i genitori esercenti la potestà genitoriale, o di uno solo munito di debita delega, nel caso di genitori separati/divorziati, cfr. art. 155 c.c. modificato dalla L. 54/2006)

Data

\_\_\_\_\_

Firma madre

Firma padre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ATTO DI DELEGA

Io sottoscritto in qualità di genitore / tutore / esercente la potestà genitoriale sul minore

**cognome e nome**

### DELEGO

\_\_\_\_\_, ricevute le informazioni fornite, a prestare il consenso all'intervento riabilitativo sul minore.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Rev.02 genn 25



Sede Operativa: 35131 PADOVA- Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 35143 PADOVA- TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCOVENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa  
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli  
Sede Legale: 35131 PADOVA- Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833  
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.  
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it



# CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

## Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso all'intervento riabilitativo sull'incapace

Io sottoscritto tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante

Nome

Cognome

C. F.

In qualità di tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante, ricevute le informazioni fornite dal prospetto allegato

### DICHIARO

il mio consenso all'intervento riabilitativo sull'incapace (interdetto - inabilitato - amministrato)

***cognome e nome***

Data

Firma

Rev.02 genn 25



Sede Operativa: 35131 PADOVA- Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 35143 PADOVA- TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa  
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli  
Sede Legale: 35131 PADOVA- Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833  
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.  
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it