

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Il/la sottoscritto/a _____ dichiaro/a di essere stato compiutamente informato/a e di avere ricevuto dal Dr./Dr.ssa in Fisioterapia _____ complete ed esaurienti informazioni in merito alla tipologia e alla prevedibile durata del trattamento fisioterapico proposto.

Nello specifico attesto di avere ricevuto le seguenti informazioni durante il colloquio personale:

- nel presente modulo vengono sintetizzati i principi, le modalità, le tempistiche e le controindicazioni al trattamento fisioterapico.
- Il/la fisioterapista svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita. Il/la fisioterapista pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive; propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia.
- Le principali tipologie di attività terapeutiche impiegate dal fisioterapista sono quelle relative alla terapia manuale, alla massoterapia, alla rieducazione posturale, alla rieducazione funzionale, alla neuroriabilitazione nonché all'esercizio terapeutico, eseguite dal/dalla fisioterapista sul paziente, sia individualmente che di gruppo, mediante approcci di tipo analitico e/o globale.
- Le principali finalità di trattamento riguardano il ripristino e/o miglioramento:
 - *dell'articolari passiva ed attiva e del tono-trofismo muscolare di uno o più distretti corporei;*
 - *del controllo posturale e motorio, dell'equilibrio, della propriocezione e della coordinazione durante il movimento;*
 - *delle attività della vita quotidiana, ivi comprese l'attività lavorativa e le attività motorie e ludico-sportive;*
 - *delle funzioni cardio-respiratorie, flebo-linfologiche e vascolari (di competenza fisioterapico-riabilitativa);*
 - *diminuire o abolire il dolore, conseguente ad un disordine delle componenti neuro-muscolo-scheletriche.*
- Durante la seduta di fisioterapia, al fine dell'espletamento sia delle attività valutative che di quelle terapeutiche, potrebbe essere richiesto al paziente di scoprire una o più parti del corpo; tale richiesta dovrà essere precedentemente concordata con il paziente. Eventuali rifiuti e/o limitazioni potrebbero compromettere o non rendere possibile la presa in carico del paziente.

Altre informazioni integrative/specifiche (da compilarsi a discrezione del fisioterapista):

- Il/la fisioterapista può avvalersi sia di Terapie Strumentali che di Tecnologie Digitali. Le Terapie Strumentali si basano sia sull'applicare sul paziente di particolari mezzi fisici, quali: correnti elettriche (correnti antalgiche, elettrostimolazione), energia elettromagnetica (laser, ultravioletto, infrarossi, magnetoterapia, radar-terapia, marconi-terapia, TECAR o Diatermia Capacitivo-Resistiva), onde acustiche meccaniche (ultrasuoni, onde d'urto), crioterapia (ghiaccio), sistemi a biofeedback (pressori, elettromiografici, sonori, visivi) ed altri mezzi chimico-fisici (ossigenoterapia, pressoterapia), sia dell'applicazione di dispositivi (meccanici ed elettromedicali) per la disostruzione bronchiale, la riespansione polmonare e il ricondizionamento cardiorespiratorio. Le Tecnologie Digitali si avvalgono della robotica riabilitativa, della realtà virtuale (VR), della tele-riabilitazione e dell'ecografia per la diagnosi fisioterapica e la riabilitazione durante l'esercizio e le attività fisiche.
- Eventuali effetti collaterali al trattamento fisioterapico prevedono il momentaneo (e/o successivo) aumento dei sintomi o comparsa di algie (dolore) anche in zone distanti da quelle trattate. Saltuariamente possono verificarsi arrossamenti cutanei, edemi localizzati o piccoli ematomi nella zona oggetto di trattamento.
- Le Terapie Fisiche (strumentali) possono prevedere controindicazioni assolute o relative al trattamento.
 - Controindicazioni assolute per la presenza di: pace-maker (o altre tipologie di impianto di dispositivi elettromedicali), donne in stato di gravidanza, eventuali processi neoplastici in atto, trombosi venosa profonda e/o tromboflebite attive, infezioni locali e/o sistemiche, tessuti corporei recentemente irradiati (radioterapia), tubercolosi.
 - Controindicazioni relative per la presenza di: lesioni cutanee attive, deficit della sensibilità, impianti metallici, disturbi della coagulazione, disturbi cardio-vascolari, compromissione cognitiva e/o comunicativa.

Rischi assoluti: in ragione di quanto precede ed al fine di evidenziare eventuali controindicazioni relative o assolute al trattamento fisioterapico, il paziente si obbliga ad informare preventivamente, nonché in qualsiasi momento della presa in carico, il professionista di qualsiasi stato morboso e/o patologia acuta o cronica di cui è affetto, impegnandosi a rimmettergli la documentazione comprovante le proprie condizioni di salute.

Altre informazioni su richiesta del paziente:

DICHIARO

1. di essere consapevole dei rischi e/o delle complicazioni che possono derivare dall'intervento fisioterapico, come sopra descritte, nonché delle complicanze possibili a carico degli apparati muscolo-scheletrico e cutaneo
2. di essere stato informato, con indicazione dettagliata, che taluni di questi rischi sono da considerarsi eccezionali, altri sono possibili, altri ancora probabili, tutto ciò, sia in senso generale che in riferimento al mio stato fisico;
3. di essere consapevole che ogni complicanza dovrà essere tempestivamente comunicata al Fisioterapista;
4. di avere ricevuto dal Fisioterapista risposte comprensibili alle mie domande, tali da consentirmi di farmi un quadro completo e del tutto esauriente della situazione, avendo avuto un tempo sufficiente per decidere;
5. di essere consapevole che, al fine di ottenere i risultati appropriati e prevedibili in relazione al trattamento praticato, la fisioterapia necessita di una partecipazione proattiva ed una attenzione alle regole comportamentali e alle proposte di autotrattamento (esercizi) proposte dal/dalla fisioterapista che mi impegno ad osservare, nei termini e modalità prescritte di cui ho ricevuto completa e chiara indicazione, consapevole della loro essenzialità ai fini del trattamento del professionista;
6. di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di fisioterapia, le eventuali alternative terapeutiche e le conseguenze della mancata esecuzione del progetto terapeutico proposto;
7. di aver fornito tutte le informazioni sul mio stato di salute e di non avere in atto patologie come descritte nei "rischi assoluti" e di informare il Fisioterapista in futuro su ogni variazione del mio stato di salute.

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

8. di essere pienamente consapevole del fatto che un mio eventuale rifiuto comunque non precluderebbe in alcun modo il rapporto di fiducia con il fisioterapista e, pertanto il mio consenso, confermato dalla sottoscrizione, è rilasciato in modo libero.
9. di essere consapevole del fatto che nel corso del trattamento potrebbe evidenziarsi un quadro diverso dal previsto, ovvero che potrebbero verificarsi circostanze non attese, tali da rendere opportuno o necessario procedere ad ulteriori misure diagnostico-terapeutiche, differenti da quelle progettate. Anche a queste possibili variazioni rispetto alla linea di condotta prestabilita (che mi sono state compiutamente descritte, così come mi è stato descritto quanto, nelle singole evenienze, diverrà opportuno o necessario effettuare) dichiaro consapevolmente di acconsentire.
10. di avere i requisiti – capacità giuridica e di intendere e volere – per esprimere legittimamente un valido consenso.
11. di essere stato informato del mio diritto ad avere accesso alla documentazione relativa ai trattamenti.
12. di essere stato informato che i miei dati personali e sanitari saranno utilizzati esclusivamente per scopi di cura e saranno trattati in conformità alla normativa di legge di cui al Decreto Legislativo 10 agosto 2018 n. 101 di adeguamento del nostro ordinamento al nuovo Reg. UE 2016/679 (c.d. GDPR) e successive modifiche.
13. di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima del trattamento.
14. Dichiaro, inoltre:
 - di essere portatore di pace-maker (o di altri dispositivi elettromedicali) Si No
 - di essere in gravidanza Si No
 - la presenza di eventuali processi neoplastici in atto Si No

di avere compreso chiaramente l'informativa e di avere sottoscritto il presente documento previa lettura dello stesso.

Di ACCETTARE liberamente e in piena coscienza di sottopormi ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, avendo perfettamente compreso tutte le informazioni sopra riportate.

Esprimo, pertanto, il mio **consenso al trattamento proposto**.

Firma dell'interessato o del rappresentante legale
