

APPUNTAMENTI TERAPIE FISICHE

DAL GIORNO

AL GIORNO

ORA

Si prega di presentarsi almeno 5 minuti prima dell'inizio della terapia

Si ricorda che:

- l'orario indicato nel presente biglietto, rimane fissato per tutta la durata della terapia, senza possibilità di spostamento, quindi le terapie non effettuate per omissione del paziente non possono essere recuperate.
- Nel caso in cui si fosse impossibilitati a presentarsi il primo giorno di inizio terapia, si prega di avvisare (0362.545610) in quanto la mancata comunicazione comporta la perdita dell'intero ciclo di terapia.

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

IL SOTTOSCRITTO _____

DICHIARA

di essere stato informato, attraverso la consegna e lettura del presente modulo, delle controindicazioni, dei rischi ed inconvenienti relativi all'applicazione delle sottoindicate terapie.

☐ **IONOFORESI** (spugnette + medicinale: orudis o artrosilene)

Controindicazioni: dermatiti, ferite, abrasioni, allergie al farmaco, vasculopatie, epilessia, gravi disturbi cardiaci, Pace maker, presenza di materiali intratessutali, gravidanza presunta o in corso.

☐ **TENS** (spugnette)

Controindicazioni: ferite, Pace maker, gravidanza presunta o in corso.

☐ **ULTRASUONOTERAPIA** (se a mani o piedi portare asciugamano)

Controindicazioni: Pace maker, dermatiti, ferite e abrasioni, malattie infettive in corso (TBC), gravidanza presunta o in corso.

☐ **LASERTERAPIA**

Controindicazioni: Epilessia, gravidanza presunta o in corso, neoplasie

☐ **MAGNETOTERAPIA**

Controindicazioni: Pace maker, patologie dove è controindicata la vasodilatazione (stati emorragici e trombotici), gravidanza presunta o in corso, presenza di neoplasie e tubercolosi.

☐ **DIADINAMICA** (spugnette)

Controindicazioni: ferite, pace maker, gravidanza presunta o in corso

☐ **FISIOTERAPIA** (rieducazione motoria, massoterapia)

DICHIARA

di essere stato informato dal medico prescrittore e dalla struttura dello scopo del trattamento, benefici previsti, modalità di intervento e/o alternative possibili, durata del trattamento e regime di assistenza, il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento. Firmando il presente consenso AUTORIZZA il personale addetto, all'erogazione del trattamento sanitario terapeutico di cui alla premessa.

FIRMARE IL MODULO

E CONSEGNARE AL TERAPISTA IL PRIMO GIORNO DI INIZIO TERAPIA

FIRMA DEL PAZIENTE _____

Mediplus S.r.l.

Sede legale: via Moncenisio, 27 Sede Operativa: Via Val Gardena, 3 - 20811 Cesano Maderno (MB)

tel/fax: 0362.545610

P. Iva: 03118570963

e-mail: info@centromedicomediplus.it



**Centro Medico
Polispecialistico**

- Fisioterapia
- Medicina del Lavoro
- Visite specialistiche private

Struttura convenzionata A.S.L.

- MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
- ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- CARDIOLOGIA

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

IL SOTTOSCRITTO

DICHIARA:

di essere stato informato, attraverso la consegna e lettura del modulo, delle controindicazioni, dei rischi ed inconvenienti relativi all'applicazione delle sotto indicate terapie:

○ INFILTRAZIONI controindicazioni:

Artrite settica, sinovite, emartro, gravidanza presunta o in corso

○ ARTROCENTESI controindicazioni:

ecchimosi, sanguinamento minore locale e depigmentazione cutanea nel sito di iniezione. Questi effetti sono abbastanza comuni. Una complicanza rara, ma grave, dell'artrocentesi è invece l'infezione (artrite settica).

COMPLICANZE Eccezionalmente queste procedure possono provocare complicanze, quali un'inflammazione, un'infezione o una lieve atrofia dei tessuti

DICHIARA:

di essere stato informato dal medico prescrittore e dalla Struttura dello scopo del trattamento, benefici previsti, modalità di intervento e/o alternative possibili, durata del trattamento e regime di assistenza, il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento.

Firmando il presente modulo **AUTORIZZA** il personale addetto, all'erogazione del trattamento sanitario terapeutico di cui alla premessa.

FIRMA DEL MEDICO _____

FIRMA DEL PAZIENTE E DATA _____

FIRMA DEL PAZIENTE E DATA _____

FIRMA DEL PAZIENTE E DATA _____