

**NOTA INFORMATIVA - TRATTAMENTO FISIOTERAPICO**

Gentile Signore/a, Lei dovrà essere sottoposto/a ad **ELETTROTERAPIA ANTALGICA**.

- **Cod. 93.39.4** elettroterapia antalgica – diadinamica.
- **Cod. 93.39.5** elettroterapia antalgica - elettroanalgesia transcutanea (tens).

Legga attentamente e firmi la presente nota informativa, all'atto dell'accettazione nel servizio di Medicina Fisica Riabilitativa le verrà chiesto di firmare il "consenso informato" per l'esecuzione delle cure.

**Modalità di esecuzione:**

- Consiste nell' applicare degli elettrodi nella zona da trattare e attivare la corrente elettrica secondo i valori soglia raccomandati dalle linee guida.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** efficacia sui sintomi (dolore) con riduzione della sintomatologia dolorosa; possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione.

**Possibili alternative:** assunzione di terapia farmacologica.

**Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale:**

- peggioramento della sintomatologia dolorosa;
- scarsa tollerabilità individuale alle correnti elettriche;
- arrossamento cutaneo, irritazione cutanea, possibili lesioni termiche;
- controindicato nei portatori di stimolatori cardiaci o altri dispositivi elettronici per le funzioni vitali e/o di gravi aritmie cardiache, trombosi venose in atto, neoplasie, alterazioni della sensibilità.

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

- persistenza della sintomatologia dolorosa con limitazione del movimento nelle attività della vita quotidiana.

**Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:**

- persistenza del dolore e della sintomatologia.

**Segnalazioni da parte del Paziente al medico che esegue la prestazione:**

La invitiamo ad informare il medico su:

- patologia di cui è affetto;
- presenza di eventuali allergie;
- elevata sensibilità cutanea;
- portatori di stimolatori cardiaci o altri dispositivi elettronici per le funzioni vitali e/o di gravi aritmie cardiache, trombosi venose in atto, neoplasie.

**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.**