

 <p>AUSL 4 TERAMO Il meglio è nel tuo territorio</p>	<p>DIPARTIMENTO DISCIPLINE MEDICHE AUSL TERAMO Direttore: Dott. G. Del Rosso U.O.S. D. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE AZIENDALE Dirigenti Medici Dott.ssa G. Franzone Dott. I. Pesare (Tel. 0861/429415)</p>	<p>Nota informativa: magnetoterapia.</p> <p>N° 12</p> <p>Revisione 1 Del: 14/05/2018</p> <p>Pagina 1</p>
--	--	---

NOTA INFORMATIVA -TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Gentile Signore/a, Lei dovrà essere sottoposto/a al trattamento di **MAGNETOTERAPIA cod. 93.39.8**.
Legga attentamente e firmi la presente nota informativa prima di firmare il consenso informato per l'esecuzione delle cure.

Modalità di esecuzione:

- Consiste nel posizionare la parte da trattare all'interno di solenoidi che emettono onde elettromagnetiche.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi):

- regressione del processo infiammatorio, accelerazione del consolidamento osseo.
- 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;

- controindicata in presenza di trombosi venose in atto, di stati emorragici e di versamenti ematici, presenza di stimolatori cardiaci, gravidanza, protesi articolari cementate e/o mezzi di sintesi metallici endotessutali.

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, ritardo di consolidazione ossea.

Segnalazioni da parte del paziente al medico che esegue la prestazione:

La invitiamo ad informare il medico su:

- ✓ presenza di trombosi venose in atto;
- ✓ di stati emorragici e di versamenti ematici;
- ✓ presenza di stimolatori cardiaci;
- ✓ gravidanza;
- ✓ protesi articolari cementate e/o mezzi di sintesi metallici endotessutali.

Idoneità dell'Unità Operativa ad eseguire il trattamento proposto: il servizio di U.O.S.D di M.F.R. è idoneo ad eseguire il trattamento sopra descritto.

Speriamo che quanto sopra riportato, di essere stati esaurienti. Non esiti comunque a porci tutti i quesiti e le domande che riterrà opportune.

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.