

 <p><b>AUSL 4 TERAMO</b> Il meglio è nel tuo territorio</p>	<p align="center"><b>DIPARTIMENTO DISCIPLINE MEDICHE AUSL TERAMO</b> Direttore: Dott. G. Del Rosso <b>U.O.S. D. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE AZIENDALE</b> Dirigenti Medici Dott.ssa G. Franzone Dott. I. Pesare (Tel. 0861/429415)</p>	<p>Nota informativa: <b>ultrasonoterapia.</b></p> <p align="center"><b>N° 13</b></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 ad **ULTRASONOTERAPIA cod. 93.39.9.**

Legga attentamente e firmi la presente nota informativa prima di firmare il consenso informato per l'esecuzione delle cure.

**Modalità di esecuzione:**

- consiste nell'applicare la placca o testina cosparsa di gel sulla zona da trattare, oppure immergere la testina dell'apparecchio e la zona corporea da trattare in una bacinella d'acqua ed attivare le onde ultrasonore ad emissione continua o pulsata secondo valori soglia raccomandati dalle linee guida.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):**

- riduzione del dolore, dell'edema e dell'infiammazione.
- possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione.

**Possibili alternative:**

- terapia farmacologica.

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

- aumento del dolore, possibili lesioni termiche in corrispondenza di cicatrici;
- reazioni di intolleranza nei confronti delle sostanze gel / creme;
- scarsa tollerabilità individuale agli ultrasuoni;
- presenza di stimolatori cardiaci, stato di gravidanza;

**Controindicazioni:** lesioni flogistiche acute, ematriti, stati di alterata sensibilità con turbe della percezione termica, neoplasie, stimolatori elettrici, grave osteoporosi, portatori di protesi e recenti stabilizzazioni con mezzi di sintesi.

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

- persistenza della sintomatologia dolorosa, diminuzione del movimento nelle attività della vita quotidiana.

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

- persistenza della sintomatologia dolorosa.

**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.

**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 il trattamento sopra descritto.

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.**