

 <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: Laserterapia antalgica.</p> <p>N° 14</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 **LASERTERAPIA ANTALGICA 99.99.1.**

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

Modalità di esecuzione: consiste nel proiettare il raggio laser nella zona da trattare.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): riduzione dell'infiammazione, del dolore, dell'edema. Possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione.

Possibili alternative: terapia farmacologica, ortesi.

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

- controindicato in gravidanza, in caso di neoplasie maligne ed epilessia.

Possibili problemi di recupero e sue conseguenze sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale: persistenza sintomatologia dolorosa con diminuzione del movimento nelle attività della vita quotidiana.

Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione: persistenza 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;
- ✓ stato gravidanza;
- ✓ elevata sensibilità cutanea ;
- ✓ neoplasie;
- ✓ portatori di stimolatori elettrici.

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.