

 <p>AUSL 4 TERAMO Il meglio è nel tuo territorio</p>	<p align="center">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: training deambulatorio e del passo. N° 5</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 **TRAINING DEAMBULATORIO E DEL PASSO cod.93.22.**

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

Modalità di esecuzione: il Fisioterapista istruisce l'utente al recupero del carico della forza muscolare, dell'articolari, della coordinazione nel cammino, anche con l'uso di ausili.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): migliora la stabilità la coordinazione e l'autonomia del paziente, anche nel caso di quanti devono avvalersi di protesi o tutori. Acquisizione dello schema corretto del passo, recupero della funzione motoria, sollievo dal dolore.

Possibili alternative: valutazione medica per altre terapie.

Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale: perdita dell'equilibrio, cadute accidentali, riacutizzazione del dolore, comparsa di edema, affaticamento.

Possibili problemi di recupero e le sue conseguenze sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale: ridotta funzionalità articolare con ripercussioni sulle autonomie della vita quotidiana.

Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione: limitazione nelle attività di vita quotidiana.

Segnalazioni da parte del Paziente al medico che prescrive il trattamento riabilitativo:

La invitiamo ad informare il medico su:

- ✓ patologia di cui è affetto;
- ✓ uso di eventuali farmaci;
- ✓ presenza di eventuali allergie.

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 descritti.

Speriamo che 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.