

 <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>risoluzione manuale di aderenze articolari.</b></p> <p align="center"><b>N° 6</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 al trattamento di **RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI cod.93.26.**

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

**Modalità di esecuzione:** effettuata manualmente dal fisioterapista è possibile ridurre ed eliminare le aderenze manualmente attraverso massaggi e mobilizzazioni passive, che vanno a scollare tra loro i vari tessuti profondi e superficiali, facendo inoltre rilassare la muscolatura.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** recupero totale o parziale dell'escursione articolare (movimento articolare flessione estensione ecc.), prevenzione del danno funzionale.

**Possibili alternative:** valutazione chirurgica.

**Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale:** aumento del dolore, gonfiore, edema in sede interessata.

**Possibili problemi di recupero e le sue conseguenze sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale:** persistenza della sintomatologia dolorosa o ridotta escursione articolare.

**Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:** persistenza delle sindromi dolorose, ridotta escursione articolare.

**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 descritto.

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.**