

	<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: altre correzioni forzate di deformità – piede torto congenito. N° 7 Revisione 1 Del: 14/05/2018 Pagina 1</p>
---	---	--

TRATTAMENTO FISIOTERAPICO – NOTA INFORMATIVA

Gentile Signore/a

Lei dovrà essere sottoposto/a al trattamento di **ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITÀ – PIEDE TORTO CONGENITO cod 93.29.**

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

Modalità di esecuzione: effettuata manualmente e/o attivamente dal paziente con l'aiuto del fisioterapista il quale lo assiste coordinando la sequenza dei movimenti (metodo Ponseti o altre metodiche riabilitative).

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): riallineamento dalla tibio-tarsica e del piede, prevenzione delle retrazioni muscolo tendinee.

Possibili alternative: utilizzo di ortesi, chirurgia funzionale, gessi.

Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale: aumento del dolore, limitazioni funzionali.

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 con ripercussioni sulla funzione cammino e sullo sviluppo delle altre funzioni adattive e relazionali.

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

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

La invitiamo ad informare il medico su:

- ✓ patologia di cui è affetto.

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.