

 <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 align="center">Nota informativa: irradiazione infrarossi. <b>N° 8</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 Applicazione di **IRRADIAZIONE INFRAROSSI Cod. 93.35.2.**

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

**Modalità di esecuzione:** consiste nel posizionare la lampada infrarossa sulla zona da trattare allo scopo di aumentare l'irrorazione sanguigna.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** riduzione del dolore e delle contratture muscolari.

**Risultati conseguibili (parziali e definitivi):** miglioramento della sintomatologia dolorosa e riduzione della rigidità muscolare. 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:** arrossamento cutaneo, irritazione cutanea, possibili lesioni termiche.

**Controindicata:** negli stati neoplastici, stati febbrili, stati infiammatori acuti, da soggetti con particolare fotosensibilità (che assumano antibiotici, sulfamidici e barbiturici) dalla presenza di ematriti o idrartri.

**Possibili problemi di recupero e sue conseguenze sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale:** limitazione del movimento nelle attività della vita quotidiana.

**Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:** persistenza della rigidità e sintomatologia dolorosa riduzione delle attività della vita quotidiana.

**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 ;
- stati neoplastici, stati febbrili, stati infiammatori acuti, da soggetti con particolare fotosensibilità (che assumano antibiotici, sulfamidici e barbiturici) dalla presenza di ematriti o idrartri.

**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.**