

 <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: massoterapia per drenaggio linfatico. N° 9 Revisione 1 Del: 14/05/2018 Pagina 1</p>
--	--	--

NOTA INFORMATIVA -TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Gentile Signore/a

Lei dovrà essere sottoposto/a al trattamento di **MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO Cod. 93.39.2.**

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 sfrutta gli effetti meccanici per ridurre gli edemi periferici.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): riduzione degli edemi miglioramento della funzione.

Possibili alternative: pressoterapia, terapia medica.

Rischi connessi possibili e/o prevedibili, complicanze ed effetti indesiderati, ripercussioni sulla vita familiare/sociale e sull'attività occupazionale: comparsa di lesioni (escoriate) superficiali da frizione, diffusione di germi patogeni da siti colpiti da infezione superficiali, ritardi nel processo di guarigione cicatriziale, mobilitazione di trombi venosi o arteriosi.

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

Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione: riduzione delle attività della 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 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.