ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE RIABILITA
Via Fossona 13 – 35030 – Cervarese Santa Croce – PD
C.F.: 04121690285 – P.IVA: 04121690285

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'INTERVENTO RIABILITATIVO

Sig./Sig.ra: _____ _____ nato/a: _____ il: _____
Descrizione dell'intervento: _____
Gentile Paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Descrizione degli interventi:

L'intervento riabilitativo consiste in un serie di sedute di kinesi terapia attiva e/o passiva, manovre di terapia manuale, in esecuzione di tecniche di massaggio, al confezionamento di tutori personalizzati e all'applicazione di terapie fisiche o altri dispositivi medici.

La kinesi terapia attiva si attua attraverso una serie di movimenti specifici attivi con l'intento di:

- Ricondizionare la muscolatura di uno o più distretti articolari
- Recuperare la coordinazione motoria di uno o più distretti articolari
- Mantenere o aumentare l'articolarità di uno o più distretti articolari
- Migliorare il controllo articolare durante i movimenti (stabilizzazione)

La kinesi terapia passiva e la terapia manuale si attuano attraverso una serie di movimenti specifici passivi all'interno o alla fine dell'escursione articolare eseguiti con forza, frequenza e direzioni variabili, definiti mobilizzazioni o manipolazioni, con l'intento di:

- Recuperare o aumentare l'articolarità di uno o più distretti articolari
- Facilitare l'esecuzione di movimenti
- Aumentare l'arco privo di dolore di uno o più articolazioni

Il Massaggio consiste in manipolazioni dei tessuti molli (muscolofasciali e capsulolegamentosi) secondo varie tecniche, ad azione locale o riflessa.

Il confezionamento di tutori personalizzati viene proposto a completamento e/o integrazione del progetto riabilitativo proposto utilizzando i materiali ritenuti più idonei al raggiungimento dello scopo riabilitativo (protezione, mantenimento di una postura, recupero articolare, agevolazione di una funzione specifica).

La Terapia Fisica si attua tramite l'applicazione di mezzi fisici, quali correnti (TENS, Interferenziale, Endorfinica,etc.), Calore esogeno (impacchi caldi, paraffinoterapia, etc.), Calore endogeno (Tecar, etc.), Luce (laser, etc.). Altri dispositivi medici possono essere utilizzati per modificare temporaneamente alcuni parametri emodinamici al fine di migliorare forza e ipertrofia del muscolo.

Rischi generici:

La kinesi terapia attiva o passiva, la terapia manuale, la terapia fisica o l'utilizzo di altri dispositivi medici possono determinare in alcuni casi e/o pazienti una riacutizzazione della sintomatologia nelle ore successive al trattamento.

Rischi del mancato trattamento:

Il mancato trattamento o la non corretta adesione all'indicazione di esercizio e/o di utilizzo dei tutori potrebbe portare ad un mancato raggiungimento dei risultati attesi o, altresì, ad un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche

Altre informazioni su richiesta del paziente:_____

Io sottoscritto _____ _____ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di riabilitazione indicato nel modulo in oggetto e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse al predetto intervento. Sono inoltre consapevole che senza la mia disponibilità nel seguire alcune regole comportamentali ed esercizi indicatemi dal fisioterapista, la terapia non può ritenersi stabile a lungo termine e prendo atto che non vi possano essere garanzie di successo senza la mia collaborazione. Presto pertanto il mio assenso all'intervento ed alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate, sottoponendomi al trattamento riabilitativo per il periodo di tempo necessario allos volgimento del programma terapeutico propostomi.

FossonadiCervarese S.Croce, li: 29/09/2026

Firma paziente: _____

Firma dell'operatore: _____

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificatala loro identità (in caso di pz minorenne) :

_____

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno):

_____

ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE RIABILITA
Via Fossona 13 – 35030 – Cervarese Santa Croce – PD
Tel.: 0499915996 Fax: 0499915996 Mail: riabilita@studioriabilita.it