



CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Dichiarazione di ricevuta informazione e CONSENSO ALL'INTERVENTO RIABILITATIVO

Visita del dr. **nome medico**

in data **data visita**

Sig./Sig.ra **cognome nome paziente**

nato/a **luogo nascita**

il data nascita

Viene consigliato un trattamento di tipo:

tipo trattamento

Gentile Paziente (o genitore/tutore del minore o tutore/amministratore di sostegno/legale rappresentante dell'incapace), 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 il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Descrizione dell'intervento

L'intervento riabilitativo consiste in un serie di sedute di Kinesiterapia attiva e/o passiva, in esecuzione di tecniche di Massoterapia e nell'applicazione di Terapie Fisiche strumentali.

❖ La **Kinesiterapia 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 più o distretti articolari
- mantenere o aumentare l'articolari di uno più o distretti articolari
- migliorare il controllo articolare durante i movimenti (stabilizzazione).

Possibili effetti indesiderati: episodi di sofferenza neurovegetativa (nausea, vertigini, sbalzi pressori), aggravamento della sintomatologia dolorosa, scarsa tollerabilità individuale agli esercizi.

Controindicazioni: fragilità ossea, osteoporosi, indicazioni del chirurgo, mancanza di collaborazione

❖ La **Kinesiterapia passiva** si attua 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'articolari di uno o più distretti articolari
- facilitare l'esecuzione di movimenti
- aumentare l'arco privo di dolore di uno o più articolazioni.

Possibili effetti indesiderati: episodi di sofferenza neurovegetativa (nausea, vertigini, sbalzi pressori), aggravamento della sintomatologia dolorosa, scarsa tollerabilità individuale agli esercizi, ematomi.

Controindicazioni: fragilità ossea, osteoporosi, indicazioni del chirurgo, mancanza di collaborazione

❖ L' **Idrokinesiterapia** è l'insieme degli esercizi riabilitativi eseguiti in ambiente acquatico (vasca riabilitativa) volti al recupero articolare e graduale del carico, al contenimento dell'edema e del dolore, al recupero dello schema corporeo, al rinforzo muscolare.

Controindicazioni: TVP in atto, incontinenza urinaria/fecale, lesioni cutanee, gravi cardiopatie, allergie note al cloro, epilessia, malattie infettive, insufficienza respiratoria, otiti, turbe psicologiche, fobia dell'acqua.

❖ La **Massoterapia distrettuale** consiste in manipolazioni dei tessuti molli (muscolofasciali e capsulolegamentosi) secondo varie tecniche, ad azione locale o riflessa.

Controindicazioni: presenza di fragilità capillare o di varici, stati di ipersensibilità cutanea o di particolare labilità pressoria, lesioni traumatiche acute dell'apparato osteo-artro-muscolare, processi infettivi o tumorali, condizioni di diatesi trombogena o trombosi venosa in atto, insufficienza cardiaca con edema agli arti inferiori, processi febbrili.

❖ La **TERAPIA FISICA STRUMENTALE** si attua tramite l'applicazione di mezzi fisici quali:

- energia elettrica (TENS, correnti interferenziali, diadinamiche, galvaniche, ionoforesi, magneto, stimolazione elettrica)
- energia termica con calore esogeno (infrarosso), con calore endogeno (Ipertermia, Tecar), con freddo (Crioterapia)
- energia luminosa (Laser, Yag, H.I.L.T.)
- energia meccanica (ultrasuono)

Marzo 2023



Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli
Sede Legale: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it



CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Elettroterapia antalgica (TENS, correnti interferenziali, correnti diadinamiche, galvaniche)

E' un'applicazione terapeutica dell'energia elettrica che viene abitualmente utilizzata con lo scopo di ottenere un effetto analgesico, antalgico e antiedemigeno (interferenziali e diadinamiche).

Possibili effetti indesiderati: episodi di sofferenza neurovegetativa (nausea, vertigini, sbalzi pressori), aggravamento della sintomatologia dolorosa, scarsa tollerabilità individuale, arrossamenti, reazioni allergiche.

Controindicazioni: stati di alterata sensibilità cutanea, gravidanza accertata o presunta, presenza di stimolatori cardiaci, defibrillatori o altri dispositivi elettronici di supporto a funzioni vitali (interazione dei rispettivi campi elettromagnetici) e/o di gravi aritmie cardiache, soluzioni di continuo della cute, dermatiti, presenza di oggetti o mezzi di sintesi in prossimità della zona da trattare, epilessia.

Ionoforesi

E' una metodica che utilizza una corrente continua, al fine di veicolare attraverso la cute gli ioni attivi di un farmaco.

Indicazioni: il paziente dovrà mantenere a domicilio il farmaco prescritto in buono stato di temperatura e conservazione prima dello svolgimento delle terapie.

Possibili effetti indesiderati: reazioni di intolleranza nei confronti delle sostanze veicolate, accentuazione temporanea della sintomatologia dolorosa nel punto di applicazione, comparsa di aree di arrossamento cutaneo con aumento della temperatura locale, ustioni di lieve entità.

Controindicazioni: dermatiti, ferite, abrasioni, ipoestesia, allergie, vasculopatie, epilessia, gravi disturbi cardiaci, pacemaker, presenza di metallo intratessutale, stato di gravidanza.

Magnetoterapia

Si serve di campi magnetici con lo scopo di indurre effetti facilitanti un' azione antalgica, antiedemigena e di attivazione delle proprietà riparative cellulari favorente la formazione del callo osseo in corso di fratture e nell'osteoporosi.

Possibili effetti indesiderati: episodi di sofferenza neurovegetativa (nausea, vertigini, sbalzi pressori), aggravamento della sintomatologia dolorosa, scarsa tollerabilità individuale.

Controindicazioni: trombosi venose in atto, stati emorragici, versamenti ematici, presenza di stimolatori cardiaci, defibrillatori o altri dispositivi elettronici di supporto a funzioni vitali (interazione dei rispettivi campi elettromagnetici), gravidanza accertata o presunta, neoplasie, allattamento.

Stimolazione elettrica

Ha lo scopo di ottenere un'azione di eccitazione sulle fibre muscolari atrofiche o ipotrofiche normo-innervate e denervate, migliorandone la funzione.

Possibili effetti indesiderati: episodi di sofferenza neurovegetativa (nausea, vertigini, sbalzi pressori), aggravamento della sintomatologia dolorosa, scarsa tollerabilità individuale.

Controindicazioni: presenza di stimolatori cardiaci, defibrillatori o altri dispositivi elettronici di supporto a funzioni vitali (interazione dei rispettivi campi elettromagnetici), aritmie cardiache, stati di particolare sensibilità-irritabilità cutanea, stati di fragilità capillare, lesioni traumatiche recenti dello scheletro, stati di labilità pressoria, trombosi venose in atto, epilessia.

Irradiazione infrarossa

Termoterapia esogena a scopo antalgico, antinfiammatorio e miorilassante.

Possibili effetti indesiderati: comparsa di eritemi, possibili lesioni termiche in corrispondenza di cicatrici, di aree con compromissione della sensibilità, disidratazione degli strati superficiali della cute ed invecchiamento del derma, lesioni attiniche in soggetti con particolare sensibilità alla luce.

Controindicazioni: stati neoplastici, stati febbrili, stati infiammatori acuti, da soggetti con particolare fotosensibilità (che assumano antibiotici, sulfamidici e barbiturici), presenza di ematriti o idratri.

Ipertermia

Sistema per la produzione di calore endogeno ad effetto anti- flogistico, anti fibrositico e antalgico.

Controindicazioni: neoplasie, TBC, gravidanza, presenza di pacemaker, infezioni acute, cardiopatie scompensate, parti metalliche endotessutali, obesità, rischio di emorragie, vasculopatie, disestesie, diabete, cartilagini di accrescimento.

Marzo 2023



Sede Operativa: 35131 PADOVA- Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 35143 PADOVA- TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli
Sede Legale: 35131 PADOVA- Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it



CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Tecarterapia

Trasferimento energetico capacitivo e resistivo: attraverso la creazione di un campo elettro-magnetico si induce il corpo a produrre energia a livello cellulare (sotto forma anche di calore endogeno) favorendo i processi di riparazione, eliminazione di tossine e risposta all'infiammazione dei tessuti.

Controindicazioni: portatori di pacemaker, gravidanza, neoplasie, processi infettivi in atto.

Diatermia

Campo elettro-magnetico a frequenza variabile che provoca un movimento cellulare all'interno della zona da trattare con effetto biochimico, termico, meccanico.

Controindicazioni: portatori di pacemaker, gravidanza, neoplasie, processi infettivi in atto, anticoagulanti, trombosi, flebiti, gravi cardiopatie.

Crioterapia

Terapia fisica che utilizza il freddo per ottenere un potente effetto analgesico ed antinfiammatorio.

Controindicazioni: ipersensibilità al freddo, disturbi sensitivi, ferite aperte, vesciche cutanee, disturbi della circolazione arteriosa, acrocianosi, fenomeno di Raynaud.

Laser terapia antalgica, Laser Yag e Hilterapia

Hanno lo scopo di ottenere un effetto antiedemigeno, antalgico, di attivazione metabolica, di attivazione dei processi cicatriziali, di vasodilatazione locale.

Possibili effetti indesiderati: accentuazione della sintomatologia algica in corso di processi infiammatori acuti, episodi di sofferenza neurovegetativa (nausea, vertigini, sbalzi pressori), scarsa tollerabilità individuale al trattamento.

Controindicazioni: presenza di stati di alterata sensibilità cutanea, dalla gravidanza accertata o presunta, da stati di fragilità capillare e di labilità pressoria, dalla presenza di trombosi venose in atto, neoplasie; solo per **Hilterapia** la presenza di tatuaggi importanti, anche rimossi, sul segmento corporeo da trattare e utilizzo di creme in concomitanza del trattamento.

Ultrasuonoterapia

Ha lo scopo di ottenere effetti termici, meccanici, analgesici, miorilassanti, vasodilatatori, di micromassaggio delle fibre del tessuto connettivo.

Possibili effetti indesiderati: aumento della sintomatologia algica in corso di processi infiammatori acuti, possibili lesioni termiche in corrispondenza di cicatrici, di aree con compromissione della sensibilità, alterazioni emodinamiche con aumento dell'edema e del sanguinamento, reazioni di intolleranza nei confronti delle sostanze (gel / creme) utilizzate nel trattamento.

Controindicazioni: presenza di stimolatori cardiaci, defibrillatori o altri dispositivi elettronici di supporto a funzioni vitali (interazione dei rispettivi campi elettromagnetici), le cartilagini di coniugazione in soggetti in accrescimento, patologie neoplastiche, gravidanza, grave osteoporosi, lesioni flogistiche acute, ematriti, stati di alterata sensibilità con turbe della percezione termica, presenza di frammenti metallici, protesi articolari, vene varicose, flebiti, tromboflebiti.

Rischi generali

La Kinesiterapia passiva o attiva e la Terapia Fisica strumentale possono determinare in alcuni casi e/o pazienti una riacutizzazione della sintomatologia nelle ore successive al trattamento, in genere temporanea. Nei trattamenti in cui è prevista l'applicazione cutanea di farmaci (ionoforesi) si possono verificare allergie locali da farmaco.

Rischi del mancato trattamento

Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche.

Marzo 2023



Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli
Sede Legale: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it



CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

Provincia di _____ il ____ / ____ / ____

DICHIARA

di aver ricevuto dal **Medico specialista** spiegazioni chiare e comprensibili e di aver pienamente compreso le modalità, 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.

Dichiara, inoltre, di averne ben compreso il significato, di aver avuto il tempo sufficiente per decidere e di accettare liberamente, spontaneamente e in piena conoscenza, il trattamento proposto.

Data, ____ / ____ / ____

Firma del Paziente
o genitore/tutore del minore
o tutore/amministratore di sostegno/
legale rappresentante dell'incapace

Spazio a cura del Medico

Io sottoscritto Dott. _____ confermo di aver reso edotto il paziente circa la cura proposta, la natura e lo scopo del trattamento con particolare riferimento alle modalità, benefici ed ai rischi ad esso connessi; di aver risposto esaurientemente alle domande poste dallo stesso e di averne verificato la comprensione delle informazioni ricevute.

Luogo _____

Data, ____ / ____ / ____

Timbro e firma del Medico

Marzo 2023



Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli
Sede Legale: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it



CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso all'intervento riabilitativo sul minore

I sottoscritti

Nome _____ Cognome _____ (madre) C. F. _____

Nome _____ Cognome _____ (padre) C. F. _____

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale, ricevute le informazioni fornite dal prospetto allegato

DICHIARANO

il loro consenso all'intervento riabilitativo sul minore **cognome e nome**

(Il consenso è validamente prestato se il presente modulo viene sottoscritto da almeno uno dei genitori esercenti la patria potestà. E' prevista la firma di entrambi i genitori esercenti la potestà genitoriale, o di uno solo munito di debita delega, nel caso di genitori separati/divorziati, cfr. art. 155 c.c. modificato dalla L. 54/2006)

Data _____

Firma madre _____

Firma padre _____

ATTO DI DELEGA

Io sottoscritto in qualità di genitore / tutore / esercente la potestà genitoriale sul minore

cognome e nome

DELEGO

_____, ricevute le informazioni fornite, a prestare il consenso all'intervento riabilitativo sul minore.

Data _____

Firma _____

Marzo 2023



Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli
Sede Legale: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it



CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso all'intervento riabilitativo sull'incapace

Io sottoscritto tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante

Nome

Cognome

C. F.

In qualità di tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante, ricevute le informazioni fornite dal prospetto allegato

DICHIARO

il mio consenso all'intervento riabilitativo sull'incapace (interdetto - inabilitato - amministrato)

cognome e nome

Data

Firma

Marzo 2023



Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli
Sede Legale: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it