



®



Modello di consenso informato

Nel rapporto tra professionista della salute e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole ed attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento ed agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone. Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il fisioterapista che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione. E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia ben presente quanto Le viene sottoposto. Di seguito Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Per questo le viene fornita un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile per rendere comprensibile ed esauriente l'esposizione. Se lo ritenesse necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con la fisioterapista che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Modalità d'esecuzione del trattamento

Il trattamento viene condotto con paziente sdraiato supino, in decubito laterale, da seduto ed in piedi a seconda della fase clinica. Le manovre diagnostiche e/o terapeutiche potranno essere condotte per via vaginale o anale.

Indicazioni

il trattamento fisioterapico è indicato ed è utilizzato nelle disfunzioni del pavimento pelvico che presentano un coinvolgimento del motoneurone spinale, dell'assone periferico, della giunzione neuromuscolare e delle fibre muscolari quali l'incontinenza urinaria e fecale neurogena e non neurogena, la stipsi, la ritenzione urinaria, il dolore pelvico cronico.

Controindicazioni l'età infantile ed adolescenziale prevedono l'utilizzo di tecniche esterne.

Rischi e complicanze il trattamento non presenta sostanzialmente rischi o possibili complicanze per il paziente.

Luogo: Data:

Il sottoscritto..... nato a.....il

Dichiara che:

--E' stato/a informato/a che per la patologia di cui potrebbe essere affetto/a sulla base dei dati anamnestici e clinici è indicata l'esecuzione di **TRATTAMENTO RIABILITATIVO PER IL PAVIMENTO PELVICO**

--Dichiara che gli sono state specificate le finalità, le modalità di esecuzione nonché i vantaggi e gli svantaggi legati all'esecuzione dell'esame.

--Ha potuto discutere con l'operatore tutti i dettagli che sono stati richiesti dal sottoscritto.

--È stato adeguatamente istruito sul comportamento da tenere durante l'esecuzione dell'esame.

--Conferma che nella raccolta dei dati ha menzionato tutti i disturbi noti, antecedenti ed attuali (allergie, cardiopatie, disturbi della coagulazione e/o della circolazione, disturbi d'ansia, eventuali protesi o parti metalliche, stato di gravidanza).

--Dichiara che, dopo aver ricevuto tutte le informazioni sopra citate, ha avuto tempo per porre ulteriori domande e per ripensare alle informazioni ricevute.

--E' stato informato del diritto di poter ritirare il suo consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

Preso atto di quanto sopra, confermo che la Fisioterapista Luglio Ileana mi ha illustrato la natura della procedura a cui verrò sottoposto, il metodo con il quale viene attuata, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad essa connessa, le eventuali alternative possibili, nonché di aver avuto la possibilità di chiarire ogni mio dubbio relativo alla procedura. Mi sono state segnalate le procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi, i rischi ed i benefici e sono consapevole di averli potuti rifiutare.

Certifico di essere maggiorenne. Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età esprimo egualmente il mio consenso ed i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmeranno unitamente a me il presente modulo dopo aver ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Firma del paziente
o del Suo rappresentante legale

Firma del Fisioterapista

Preventivo e strategie di trattamento fisioterapico

[] Il paziente comprende e accoglie la proposta di obiettivi, le strategie di trattamento ed il preventivo

Data.....

Firma

