

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO RIABILITATIVO

Sig./Sig.ra nato/a il

Diagnosi

.....

Obiettivi del progetto riabilitativo individuale:

.....

Progetto riabilitativo:

Lo specialista a cui Lei è stato affidato provvederà alla stesura di un progetto riabilitativo individuale, con gli obiettivi indicati. Tale progetto consiste in programmi specifici di rieducazione motoria e/o di terapia manuale eseguiti da fisioterapisti e/o nell'utilizzo di macchinari per fisioterapia con indicazione per il trattamento della patologia derivante dal suo infortunio.

Le sono state descritte in modo chiaro e comprensibile le specifiche di ciascun trattamento inclusi i possibili effetti avversi, anche transitori. Le sono state elencate le controindicazioni, chiedendole espressamente di dichiarare l'eventuale sussistenza di malattie acute o croniche, la presenza di mezzi di sintesi interni, protesi, dispositivi per il controllo del dolore o della frequenza cardiaca (elettrostimolatori, pace-makers e defibrillatori).

Rischi del mancato trattamento

Il mancato trattamento potrebbe determinare un peggioramento della sintomatologia, un prolungarsi del recupero e/o l'instaurarsi di patologie croniche (ad esempio, peggioramento di anchilosi, retrazioni secondarie, etc.).

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ben compreso tutte le informazioni ricevute sul tipo di trattamento riabilitativo proposto, sui possibili obiettivi, sugli eventuali rischi e complicanze, sulle possibili alternative terapeutiche, sulla possibilità che

- gli obiettivi
- i programmi riabilitativi
- la durata del trattamento

venivano modificati in base alle proprie condizioni di salute, sempre con modalità condivise e concordate, e di aver ricevuto tutti i chiarimenti richiesti al fine di una scelta consapevole.

Ha compreso infine quali possono essere le controindicazioni al trattamento proposto riferendo fedelmente al medico circa la sussistenza di malattie o altre condizioni psicofisiche ostative all'inizio o alla prosecuzione delle cure riabilitative.

Mira, il ____/____/____

Firma del paziente _____

Pertanto, il/la sottoscritto/a

- ACCONSENTE** al trattamento riabilitativo proposto.
- NON ACCONSENTE** al trattamento riabilitativo proposto.

Li ____/____/____

Firma del paziente _____ Firma del medico _____

Revoca del consenso informato al trattamento riabilitativo

Il/la sottoscritto/a nato/a il ____/____/____
dichiara di voler revocare il consenso al trattamento riabilitativo propostomi in data, informato/a dal personale sanitario della struttura e consapevole delle possibili conseguenze che l'interruzione dell'intervento riabilitativo può comportare sul suo stato di salute.

Mira, il ____/____/____

Firma del paziente _____ Firma del medico _____