

## 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

vengano 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 \_\_\_\_\_



Direzione Sanitaria: dott. Bruno Gentile Medico Chirurgo Specialista in Neurologia e Psichiatria

FISIOPOLIMEDICA RIVIERA S.r.l.  
Piazza San Nicolò 11/2 – 30034 Mira (VE)  
Tel 041/4265851 – Fax 041/4266115

Cod.Fisc. e P.IVA 04755450279  
CCIAA VE - 447744  
Capitale Sociale i.v. Euro 10.000

[www.friviera.it](http://www.friviera.it) [info@friviera.it](mailto:info@friviera.it)

