

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DI MOBILIZZAZIONE/MANIPOLAZIONE E TRAZIONE VERTEBRALE

Io sottoscritto..... nato il

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile dal dott./prof.....

che per la patologia riscontratami
è consigliata l'esecuzione dei sopracitati trattamenti e che tali trattamenti potrebbero non essere risolutivi.
Dichiaro di essere stato esaurientemente informato sul tipo di manovre a cui verrò sottoposto. Mi è stato spiegato che la mobilizzazione/manipolazione e trazione non è esente da possibili effetti secondari (es. parestesie, cefalee, vertigini).

Per questa ragione esistono controindicazioni assolute che sono:

- Tumori ossei – Morbo di Paget – gravi osteoporosi
- Infezioni ossee e generalizzate – Malattie Reumatiche in stadio attivo
- Anomalie vascolari
- Alterazioni statiche gravi presenti nella zona da sottoporre a manipolazione



Preso atto della situazione illustrata, **acconsento** al trattamento proposto.

Trieste,.....

Firma e timbro del medico

Firma leggibile del paziente/ esercente la patria potestà

.....

.....

(All. RF 28-29, già A 17- A 18; G 50- 54)

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DI MOBILIZZAZIONE/MANIPOLAZIONE E TRAZIONE VERTEBRALE

Io sottoscritto..... nato il

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile dal dott./prof.....

che per la patologia riscontratami
è consigliata l'esecuzione dei sopracitati trattamenti e che tali trattamenti potrebbero non essere risolutivi.
Dichiaro di essere stato esaurientemente informato sul tipo di manovre a cui verrò sottoposto. Mi è stato spiegato che la mobilizzazione/manipolazione e trazione non è esente da possibili effetti secondari (es. parestesie, cefalee, vertigini).

Per questa ragione esistono controindicazioni assolute che sono:

- Tumori ossei – Morbo di Paget – gravi osteoporosi
- Infezioni ossee e generalizzate – Malattie Reumatiche in stadio attivo
- Anomalie vascolari
- Alterazioni statiche gravi presenti nella zona da sottoporre a manipolazione



Preso atto della situazione illustrata, **acconsento** al trattamento proposto.

Trieste,.....

Firma e timbro del medico

Firma leggibile del paziente/ esercente la patria potestà

.....

.....

(All. RF 28-29, già A 17- A 18; G 50- 54)