



EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE

sede Legale e Operativa: via Domenico Rossetti, 62

sedi Operative via Mascagni 3/1 e via Carducci 31

Trieste

Tel: 040 360430 Fax: 040 3724455

info@eutoniasanitaesalute.it

AMBULATORIO DI RIEDUCAZIONE DELLE DISFUNZIONI PELVICHE

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 dottore in fisioterapia 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 il dottore in fisioterapia che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

- Modalità d'esecuzione del trattamento

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

Trattamento con BIOFEEDBACK

Il trattamento viene effettuato con l'utilizzo di una sonda endoanale o endovaginale che andrà a registrare la contrazione muscolare mediante elettrodi di superficie. L'esecuzione della valutazione consiste nell'introduzione della sonda in vagina o nell'ano; si valuta dapprima l'attività muscolare a riposo, successivamente il paziente viene invitato a compiere una contrazione muscolare volontaria di lieve entità con il muscolo da esaminare e successivamente contrazioni gradualmente più intense sino allo sforzo massimale, anche in condizioni diverse (inspirando, espirando, tossendo).

La procedura viene eseguita in circa 30 minuti.

In alcuni casi gli elettrodi possono essere applicati anche direttamente sulla cute, nella zona centrale della muscolatura perineale.



EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE

sede Legale e Operativa: via Domenico Rossetti, 62
sedi Operative via Mascagni 3/1 e via Carducci 31
Trieste

Tel: 040 360430 Fax: 040 3724455
info@eutoniasanita.esalute.it

Trattamento con STIMOLAZIONE ELETTRICA

La elettrostimolazione funzionale viene riservata solo ai casi in cui non vi sia una adeguata percezione della muscolatura da contrarre; la stessa sonda già descritta, con le stesse modalità di utilizzo, può fornire impulsi di frequenza, ampiezza ed intensità diverse a seconda del quadro clinico.

La procedura viene eseguita in circa 20 minuti nella fase di trattamento propriocettivo ed in 30 minuti per il trattamento della vescica iper-reflessica.

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 preferenzialmente l'utilizzo di elettrodi di superficie o altre metodologie comunque non invasive.

Per il biofeedback: tutte le affezioni flogistiche delle zone vaginali, perivaginali, anali e perianali (emorroidi, ragadi anali)

Per l'elettrostimolazione: tutte le affezioni flogistiche delle zone vaginali, perivaginali, anali e perianali, la presenza di pace maker (vecchio tipo) e di mezzi di sintesi. Le forme neoplastiche, la denervazione del pavimento pelvico, la gravidanza.

Rischi e complicanze

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

Io Sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Dichiaro che:

Sono stato informato che per la patologia di cui potrei essere affetto sulla base dei dati anamnestici e clinici è indicata l'esecuzione di TRATTAMENTO RIABILITATIVO PER IL PAVIMENTO PELVICO

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

Ho potuto discutere con gli operatori tutti i dettagli che ho voluto approfondire.

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

Con la firma sul presente modulo dichiaro di aver fornito al personale qualificato di Eutonia Sanità e Salute tutte le informazioni sul mio stato di salute ed in particolare:



EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE

sede Legale e Operativa: via Domenico Rossetti, 62

sedi Operative via Mascagni 3/1 e via Carducci 31

Trieste

Tel: 040 360430 Fax: 040 3724455

info@eutoniasanitaasalute.it

- di non essere portatore di Pace-Maker e ICD
- di non essere in gravidanza,
- di non conoscere la presenza di eventuali processi neoplastici in atto.

Mi viene confermato che sarà presente, durante l'esecuzione della procedura, personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate le apparecchiature e strumentazioni tecniche conformi alle necessità specifiche. 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

Io sottoscritto _____

Autorizzo

Il/la fisioterapista ad effettuare il trattamento.

Trieste, _____

Il/la paziente-Tutore/Genitore

Il Fisioterapista
