



EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE
sede Legale e Operativa: via D. Rossetti, 62- 34141 Trieste
sede Operativa: via Coroneo, 5 - Trieste
Tel: 040 360430 Fax: 040 3724455
info@eutoniasanitaasalute.it

CONSENSO INFORMATO MANIPOLAZIONE/MOBILIZZAZIONE/MANUMEDICA

Io sottoscritto _____ nato a _____ (____)
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 manipolazione/mobilizzazione/manumeditica 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.

Tale consenso è libero da pressioni e revocabile in qualsiasi momento.

Trieste, ____/____/____

Il/La Paziente-Tutore/Genitore

Il Medico Specialista
