

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

Sig./Sig.ra nato/a il

N. Caso Evento INAIL del

Diagnosi:
.....
.....

Anamnesi:

Esame Obiettivo (con indicatori di misura e valutazione neurologica; nelle lesioni di apparati: funzionalità globale)

Diagnosi riabilitativa:
.....

- Sono necessari accertamenti ulteriori per definizione diagnostica? NO Sì:
- È utile una terapia farmacologica di supporto? NO Sì: _____
- È utile un PRI (la situazione presenta margini di migliorabilità)? No Sì

Progetto riabilitativo

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), predisposto per rispondere ai Suoi bisogni di salute, è così composto:

N.1: distretto Menomazione migliorabile:.....
Obiettivo di miglioramento:
Trattamento:..... n.sedute frequenza.....

N.2: distretto Menomazione migliorabile:.....
Obiettivo di miglioramento:
Trattamento proposto:..... n.sedute
frequenza.....

N.3: distretto Menomazione migliorabile:.....
Obiettivo di miglioramento:
Trattamento proposto:..... n.sedute
frequenza.....

N.4: distretto Menomazione migliorabile:.....
Obiettivo di miglioramento:
Trattamento proposto:..... n.sedute
frequenza.....

N.5: distretto Menomazione migliorabile:.....
Obiettivo di miglioramento:

Trattamento proposto:..... n.sedute
frequenza.....

data prevista per inizio terapie:/...../..... data prevista ultima terapia:...../...../.....

DATA visita di CONTROLLO per la verifica degli outcome:/...../.....

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati, il progetto prevede la somministrazione di programmi specifici di rieducazione motoria e/o di tecniche di terapia manuale eseguiti da fisioterapisti e/o di applicazione di terapie fisiche strumentali, che trovano indicazione per il trattamento della patologia e/o delle lesioni derivanti dall'evento lavorativo.

Per ogni trattamento proposto per il Suo caso, si fornisce, ad integrazione, apposita informativa in merito alle modalità di esecuzione, alla erogazione in gruppo o individuale, alla durata, alle indicazioni e controindicazioni.

Rischi del trattamento

Alcuni trattamenti, in fase iniziale, possono provocare un aumento dell'intensità della sintomatologia dolorosa. Anche la fase iniziale della mobilitazione delle articolazioni potrebbe essere dolorosa. Viene comunque garantita la valutazione dell'intensità del dolore e la presa in carico per contenere il dolore entro la soglia di tolleranza individuale.

In ogni caso il fisioterapista segnalerà al medico qualsiasi problematica che insorga durante il trattamento, per gli opportuni provvedimenti.

Rischi del mancato trattamento

Il mancato trattamento potrebbe determinare un peggioramento della sintomatologia e delle limitazioni funzionali, un prolungarsi del periodo necessario al recupero e/o l'instaurarsi di patologie croniche.

In qualsiasi momento Lei potrà chiedere ulteriori informazioni al fisioterapista o al medico che firmerà il progetto, ed è invitato a segnalare alla Struttura e all'INAIL qualsiasi problematica o criticità riscontrata.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ben compreso tutte le informazioni ricevute sui trattamenti proposti, 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.

Pertanto, il/la sottoscritto/a, edotto/a dei trattamenti riabilitativi nel loro complesso, acquisite anche le informazioni riguardanti le apparecchiature per terapia fisica da applicare, che sono state singolarmente spiegate e che sono parte integrante del presente modulo:

ACCONSENTE al trattamento riabilitativo proposto.

NON ACCONSENTE al trattamento riabilitativo proposto.

Luogo, data

Firma del paziente

Firma del medico

.....

.....

REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO AI TRATTAMENTI SANITARI

Il/la sottoscritto/a nato/a a il

- dichiara di voler revocare il consenso al trattamento sanitario reso in data

informato/a dal personale sanitario della STRUTTURA e consapevole delle possibili conseguenze che l'interruzione del trattamento sanitario può comportare sul proprio stato di salute.

Luogo, data

Firma del paziente

.....

Firma del medico

.....