

SCHEDA INFORMATIVA PER I PAZIENTI DA SOTTOPORSI A MAGNETOTERAPIA

Cognome _____	Nome _____
Luogo e data di nascita _____	
Medico curante richiedente _____	Diagnosi _____

Gentile Signore/a,

La **MAGNETOTERAPIA** è una forma di fisioterapia che utilizza l'energia elettromagnetica. E' indicata nei casi in cui è necessario stimolare la rigenerazione dei tessuti dopo eventi lesivi di varia natura. Gli effetti magnetici sono noti da molto tempo, però solo negli ultimi quindici anni sono stati effettuati studi scientifici sistematici sulla magnetoterapia dai quali sono emersi importanti risultati per la medicina.

La magnetoterapia, oltre a essere innocua e indolore per il paziente, offre il grosso vantaggio di eliminare o ridurre, nel suo specifico campo d'azione, le relative terapie a base di medicinali. Gli studi condotti sino ad oggi hanno confermato l'efficacia della magnetoterapia che trova molteplici campi di applicazione, quali: **antinfiammatorio, neoangiogenico, rigenerazione ed ossigenazione dei tessuti, accelerazione della formazione del callo osseo nelle fratture, nonché riduzione del processo degenerativo dovuto all'osteoporosi in quanto favorisce il deposito di calcio nel tessuto osseo rafforzandolo.**

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI MAGNETOTERAPIA

Data la presenza di un campo magnetico è vietato l'accesso a persone portatrici di impianti od oggetti non compatibili con il campo magnetico. A questo fine si prega di leggere **attentamente** e riempire il seguente questionario.

Ha eseguito in precedenza MAGNETOTERAPIA ?	SI	NO
E' sottoposto attualmente a terapia cortisonica?	SI	NO
E' in stato di gravidanza?	SI	NO
Data dell'ultimo ciclo mestruale:		

E' a conoscenza di avere uno o più dei seguenti dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	SI	NO
--	----	----

Se si, specificare:

Valvole cardiache?	SI	NO
Stents ?	SI	NO
Defibrillatori impiantati ?	SI	NO
Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
Pace-Maker cardiaco ?	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o Subdurali?	SI	NO
Altri tipi di stimolatori ?	SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc) viti, chiodi, filo, etc?	SI	NO
Altre protesi ?	SI	NO
Localizzazione		
Ritiene di poter avere apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?	SI	NO

DATA _____

Il Fisioterapista responsabile della prestazione

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Avute tutte le informazioni necessarie, acconsento di essere sottoposto alla MAGNETOTERAPIA richiesta dal Medico curante.

DATA _____

Firma del Paziente per conferma dell'informazione ricevuta

PEN PRUSA VISIOWIZ
 22/10/2009