

SCHEDA INFORMATIVA PER I PAZIENTI DA SOTTOPORSI A TECARTERAPIA

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

Gentile Signore/a,

di seguito è riportata la sintesi delle informazioni riguardanti la prestazione di TECARTERAPIA, in modo che possa leggerle con calma e sottoscrivere il consenso all'esecuzione dello stesso.

Con l'utilizzo di uno strumento a radiofrequenza, con elettrodo a contatto con la cute e una chiusura del circuito per mezzo di una piastra, si fornisce energia al tessuto biologico. Vi è quindi un richiamo di cariche elettriche dai tessuti biologici che vengono concentrate nel punto patologico con produzione di calore endogeno che determina un aumento della funzionalità dei processi riparativi.

Il dispositivo prevede due differenti modalità di trasmissione energetica per un'azione selettiva e completa sulle strutture oggetto dell'attività terapeutica:

- **CAPACITIVO.** La modalità capacitiva svolge un'azione attiva sui tessuti molli, a ricco contenuto d'acqua, quali muscoli, il sistema veno-linfatico, le cartilagini, ecc.
- **RESISTIVO.** La modalità resistiva, invece, svolge un'azione efficace su tutti i tessuti resistenti, a basso contenuto d'acqua, quali le ossa, la capsula, i legamenti, i tendini, la fascia muscolare, ecc.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DELLA TECARTERAPIA

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 la TECARTERAPIA ?	SI	NO
E' sottoposto attualmente a terapia cortisonica?	SI	NO
E' sottoposto attualmente a terapia anticoagulante?	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 TECARTERAPIA richiesta dal Medico curante.

DATA

Firma del Paziente per conferma dell'informazione ricevuta
