

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**  
stipsi esclusiva, incontinenza urinaria e/o fecale, dolore pelvico, sindrome perineo discendente, vestibulite
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**  
il trattamento di terapia riabilitativa del pavimento pelvico può essere applicato mediante elettrostimolazione, biofeedback e fisiochinesiterapia.
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**  
miglioramento o risoluzione della patologia.
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**  
perdurare della patologia che può peggiorare con il passare del tempo.
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**  
nessuno.
- f) **possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**  
nessuno.
- g) **possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**  
le Linee Guida dell'International Continence Society indicano la riabilitazione perineale come prima misura terapeutica e preventiva.
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**  
il trattamento di terapia riabilitativa del pavimento pelvico non può essere effettuato nei Soggetti portatori di pace-mackers e di mezzi di sintesi, con infezioni urinarie, vaginali, anali in atto, emorroidi in fase acuta, importanti prolapsi vaginali, disuria e ritenzione urinaria, forme neoplastiche, denervazione perineale completa, pregressa radioterapia loco-regionale, in gravidanza, con mestruazioni in atto (motivazioni psicologiche).

Io sottoscritto/a ..... documento di riconoscimento ..... |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

data .../.../..... ora ..... durante il colloquio con il

Dott./Prof. .... sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

RIEDUCAZIONE PAVIMENTO PELVICO

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

**Acconsentire**  ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

**Firma del/della Paziente** (o chi ne fa le veci) .....

Nome e Cognome di chi ne fa le veci .....

**Firma del Testimone** .....

(Persona presente al colloquio)

**Timbro e Firma del Medico** .....Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete  SI  NO**Firma dell'Interprete** .....

da Archiviare in Sede

**Nome e cognome del****Paziente:**.....

- a) diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**  
stipsi esclusiva, incontinenza urinaria e/o fecale, dolore pelvico, sindrome perineo discendente, vestibulite
- b) possibili varianti nell'esecuzione:**  
il trattamento di terapia riabilitativa del pavimento pelvico può essere applicato mediante elettrostimolazione, biofeedback e fisiochinesiterapia.
- c) benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**  
miglioramento o risoluzione della patologia.
- d) rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**  
perdurare della patologia che può peggiorare con il passare del tempo.
- e) rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**  
nessuno.
- f) possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**  
nessuno.
- g) possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**  
le Linee Guida dell'International Continence Society indicano la riabilitazione perineale come prima misura terapeutica e preventiva.
- h) Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**  
il trattamento di terapia riabilitativa del pavimento pelvico non può essere effettuato nei Soggetti portatori di pace-mackers e di mezzi di sintesi, con infezioni urinarie, vaginali, anali in atto, emorroidi in fase acuta, importanti prolapsi vaginali, disuria e ritenzione urinaria, forme neoplastiche, denervazione perineale completa, pregressa radioterapia loco-regionale, in gravidanza, con mestruazioni in atto (motivazioni psicologiche).

Io sottoscritto/a ..... documento di riconoscimento ..... | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
data .../.../..... ora ..... durante il colloquio con il

Dott./Prof. .... sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

RIEDUCAZIONE PAVIMENTO PELVICO

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

**Acconsentire**  ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

**Firma del/della Paziente** (o chi ne fa le veci) .....

Nome e Cognome di chi ne fa le veci .....

**Firma del Testimone** .....  
(Persona presente al colloquio)

**Timbro e Firma del Medico** .....

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete  SI  NO

**Firma dell'Interprete** .....