

CONSENTIMIENTO INFORMADO



agafip
Asociación Gallega
de
Fisioterapeutas en Pelviperrineología

Nombre:
Apellidos:
Dni:
Fecha:

INFORMACION

La Fisioterapia Perineal es una disciplina terapéutica que permite evaluar y tratar disfunciones del suelo pélvico (incontinencia urinaria y/o anal, dolor perineal, prolapsos, etc.) y otras de la esfera sexual (dispareunias, vaginismo, etc.) y que especialmente acompañan a la mujer en el post parto, la menopausia y al hombre después de la cirugía de próstata.

EL TRATAMIENTO

Al igual que otras especialidades en fisioterapia, **la fisioterapia perineal** utiliza como tratamiento la **electroterapia, biofeedback, técnicas manuales, masaje perineal, cinesiterapia y técnicas comportamentales**. Muchos de estos procedimientos son intracavitarios, es decir intravaginales y/o ano/rectales. Deberá ser realizado por fisioterapeutas especializados y con garantías máxima de higiene, siendo los electrodos intracavitarios de uso individual. El tratamiento no garantiza la curación del paciente.

RIESGOS

La mayoría de las técnicas empleadas en fisioterapia perineal no presentan efectos adversos. La electroterapia/electroestimulación puede provocar una sensación de *cosquilleo* u *hormigueo* que normalmente es bien tolerado por los pacientes. Ocasionalmente puede producir molestia o dolor por fenómenos de hipersensibilidad o mal contacto del electrodo.

EL PACIENTE

Deberá advertir al fisioterapeuta si tiene implantado un marcapasos, sospechas de infección actual o de embarazo, hipertensión arterial o cualquier otro proceso que pueda contraindicar el tratamiento. Demandará de forma verbal cuanta información necesite para entender correctamente su proceso terapéutico. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento del tratamiento.

EL/LA PACIENTE/DECLARO:

Que he recibido y comprendido la información verbal sobre el tratamiento, pudiendo realizar cuantas preguntas he considerado oportunas.

Que en cualquier momento puedo REVOCAR mi consentimiento. En consecuencia a:

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA PERINEAL

Firma

DNI

Fecha

EL/LA FISIOTERAPEUTA/DECLARO:

Que he facilitado la información adecuada al/a paciente y he dado respuesta a las dudas planteadas.

Nombre:
Nº Colegiado:
Firma

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente)

Nombre
DNI
Parentesco (Padre, Madre, Tutor, etc.)

Firma