

### 5.13 CONSENSO INFORMATO PER MANIPOLAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ in provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiara, con la firma del presente documento, di essere stato/a informato/a circa i potenziali rischi ed effetti che possono verificarsi a seguito di trattamento di manipolazione.

Sono a conoscenza che le controindicazioni alle terapie manuali sono le neoplasie alle vertebre, le malattie infiammatorie in atto (es. artrite reumatoide) e l'osteoporosi grave per le manipolazioni vertebrali.

Sono stato/a informato/a che gli effetti collaterali, indipendentemente dal tratto del rachide sottoposto a trattamento, sono relativi ad una riacutizzazione del dolore e che gli effetti collaterali specifici della trazione compaiono in rapporto al segmento del rachide trattato: per rachide cervicale comparsa di senso di vertigine, dolorabilità temporomandibolare; per il rachide lombare dolenza al tratto interessato.

FIRMA PAZIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_