



**FISIOTERAPIA PERINEAL**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
Sociedad Española de Fisioterapia en Pelviperrineologia

## Paciente

Apellidos :

Nombre :

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:

**DOY MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA PERINEAL**

Firma

DNI

### **EL/LA FISIOTERAPEUTA/DECLARO:**

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

Firma

Nombre:

Nº Colegiado:

### **REPRESENTANTE LEGAL**

(en caso de incapacidad del paciente)

Nombre

DNI

Parentesco (Padre, Madre, Tutor, etc.)

Firma