



CONSENTEMENT PHYSIOTHERAPIE PELVIPERINEALE

PARCOURS DU PATIENT - PP 7.2.1

© 02.2022-version 1.1

17 ch. du Champ d'Anier, 1209 Genève, tél: +41 22 300 66 66, www.therapiedelatourelle.com

PATIENT

Nom: _____

Prénom: _____

INFORMATION

La physiothérapie pelvipérinéale est une discipline thérapeutique qui permet d'évaluer et traiter les dysfonctions du plancher pelvien (incontinence urinaire et/ou anale, douleur périnéale, prolapsus, etc.) et qui touchent la femme principalement durant le postpartum, la ménopause mais aussi tout au long de sa vie et aussi l'homme après la chirurgie de prostate.

LE TRAITEMENT

De même que dans d'autres spécialités de la physiothérapie, **la physiothérapie pelvipérinéale** utilise comme techniques thérapeutiques **l'électrostimulation, le biofeedback, les techniques manuelles, le massage périnéal, les exercices et les techniques comportementales**. Certaines de ces techniques sont intracavitaires, c.a.d intravaginales et/ou ano-rectales et doivent être réalisées par une physiothérapeute spécialisée et avec une garantie maximale d'hygiène. Ces sondes intracavitaires sont personnelles et à usage individuel. Le traitement peut aider à améliorer la symptomatologie du patient mais ne garantit pas la guérison complète. Le patient doit collaborer pendant les séances et suivre les conseils et exercices à la maison.

RISQUES

Les techniques employées en physiothérapie périnéale ne présentent pas de contre-indication. L'électrostimulation peut produire une sensation de fourmillement qui est normalement bien toléré par les patients et sans douleur. De façon exceptionnelle, une perception de gêne ou de douleur peut être perçue mais est causée par des phénomènes d'hypersensibilité ou de mauvais contact avec les électrodes de la sonde.

LE PATIENT

Devra prévenir le physiothérapeute s'il porte un pacemaker, s'il souffre d'un phénomène infectieux ou d'hypertension artérielle ou de toute autre pathologie qui puisse contre-indiquer le traitement ou en cas de grossesse en cours. Il doit demander toutes les informations nécessaires à la compréhension de ses dysfonctions et de son traitement. Il pourra, à tout moment, supprimer son consentement.

LE/LA PHYSIOTHERAPEUTE/DECLARE:

Avoir donné toute information nécessaire, adaptée au patient, pour la correcte compréhension du traitement à réaliser.

LE/LA PATIENT(E)/DECLARE:

Avoir reçu et compris les informations sur le traitement, et avoir pu poser les questions nécessaires. Pouvoir supprimer ce consentement à tout moment du traitement. En conséquence:

JE DONNE MON CONSENTEMENT POUR QU'ON REALISE LE TRAITEMENT DE PHYSIOTHERAPIE PERINEALE.

Lu et approuvé,

signature du patient et date

signature du thérapeute et date