



Rééducation pelvi-périnéale

Consentement écrit

INFORMATION

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

TRAITEMENT

De même que dans d'autres spécialités médicales et para médicales, **la rééducation pelvi-périnéale** 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 intra-cavitaires, intra-vaginales et/ou ano-rectales. Elles doivent être réalisées par un praticien spécialisé et avec une garantie maximale d'hygiène. Les sondes intra-cavitaires sont personnelles et à usage individuel. Le traitement ne garantit pas la guérison du patient.

RISQUES

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

LE PATIENT

Il devra prévenir le praticien s'il est porteur d'un pacemaker ou défibrillateur cardiaque, s'il souffre d'un phénomène infectieux, d'hypertension artérielle ou de tout autre pathologie qui puisse contre indiquer le traitement. L'état de grossesse est une contre indication à l'utilisation de l'électrostimulation. 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 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 REALISER LE TRAITEMENT DE
REEDUCATION PERINEALE.**

Écrit de la main du patient : Lu et approuvé

SIGNATURE

DATE

LE ou LA PRATICIEN(E)DECLARE :

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

Signature

REPRESENTANT LEGAL

(En cas d'incapacité ou patient mineur)

Nom et prénom

Relation avec le patient (Père, Mère,
Tuteur, etc.)

Signature