

## ZGODA PACJENTA na przeprowadzenie zabiegu suchego igłowania

### DANE PACJENTA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię pacjenta

Nazwisko pacjenta

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA

Imię

Nazwisko

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Igłoterapia sucha jest, techniką inwazyjną polegającą na nakłuciu skóry celem leczenia bólu i zaburzeń czynności pochodzących z układu mięśniowo - powięziowego.

Przebieg zabiegu: dezynfekcja skóry w obszarze, gdzie występują aktywny punkt spustowy lub napięte pasmo, nakłucie skóry igłą o grubości od 0.16 do 0.30 mm i długości od 15-125 mm. Igły są pełne, nie wydrążone, jałowe i jednorazowe. Terapeuta wykonujący zabieg stosuje jednorazowe rękawiczki lateksowe lub nitylowe. Podczas stymulacji igłą w zakresie punktu spustowego pojawia się lokalna odpowiedź drzeniowa co prowadzi do zmniejszenia czynników prozapalnych oraz wyraźnego przekrwienia miejscowego. Wywołane zmiany uruchamiają skuteczne procesy gojenia i przebudowy tkanek co niweluje skurcz w obrębie stymulowanego mięśnia.

### 1. Choroby lub problemy zdrowotne, które mogą być przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia:

Przeciwwskazania	TAK	NIE
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stosowanie antykoagulantów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostre zaburzenia odporności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia pracy zastawek serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby nowotworowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dezorientacja pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia krwawienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby hematologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infekcje układu oddechowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergie na metale i lateks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osłabienie pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Inne występujące choroby i problemy zdrowotne stanowiące przeciwwskazania niewymienione w tabeli:

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że udzieliłem (-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z formularzem umieszczonym powyżej. Przyjmuję do wiadomości, że ww. są danymi poufnymi

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

## 2. Najczęstsze choć rzadkie powikłania występujące w trakcie bądź w wyniku planowanego zabiegu:

krwaki, krwawienie, ból w miejscu nakłuwania, ból po nakłuwaniu, stan zapalny, lokalny obrzęk, podrażnienie nerwu, ból głowy, zmęczenie, zawroty głowy, nudności, zaczerwienienie, świąd, pocenie, zmiany ciśnienia, tachykardia, dezorientacja, **cięża - możliwe poronienie**. Poza wskazanymi przykładami Istnieje ryzyko wystąpienia także Innych objawów niepożądanych.

### Oświadczam, że:

- powyższe zasady przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am), uzyskałem(-am) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące terapii osteopatycznej / fizjoterapii jej celowości i oczekiwanych wyników oraz potencjalnych zagrożeń mogących wystąpić w trakcie bądź w wyniku w/w zabiegu,
- rozumiem, że tak jak w przypadku wszelkich procedur ogólnomedycznych pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę/ osteopatę nie są gwarantowane,
- zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych
- zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących terapii i na wszelnie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień
- znane mi są możliwe reakcje organizmu po przeprowadzeniu zabiegu.

### Ewentualne uwagi pacjenta

.....  
.....  
.....

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę / osteopatę i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty / osteopaty o zmianach stanu zdrowia.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

## 3. Nie zgadzam się na udzielenie świadczenia zdrowotnego

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

## 4. Potwierdzenie fizjoterapeuty / osteopaty odbierającego zgodę:

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis