KARTA PACJENTA

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU FIZJOTERAPEUTYCZNEGO

BTL-6000 SIS – SUPER INDUKCYJNA STYMULACJA

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data: _____

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu fizjoterapeutycznego przy użyciu urządzenia BTL-6000 SIS – Super Indukcyjna Stymulacja. Zostałem/-am poinformowany/-a o przeciwwskazaniach, technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu, możliwych efektach, następstwach i powikłaniach, zaleceniach po zabiegu oraz możliwej częstotliwości i minimalnej liczbie zabiegów potrzebnych do utrzymania efektu. Rozumiem, że efekty są indywidualne i mogą różnić się u pacjentów.

Przed zabiegiem zobowiązuję się udzielić pełnych i prawdziwych informacji o stanie zdrowia, ciąży, przyjmowanych lekach i przebytych zabiegach. Poinformowano mnie, że podczas zabiegu nie wolno używać urządzeń elektronicznych, metalowych, ferromagnetycznych ani nośników danych w odległości mniejszej niż 1 m od urządzenia. Miałem/-am możliwość zadawania pytań, otrzymałem/-am zrozumiałe informacje i dobrowolnie wyrażam zgodę na zabieg. Oświadczam, że w chwili podpisania zgody nie jestem pod wpływem alkoholu ani środków odurzających.

PRZECIWWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU – PROSZĘ ZAZNACZYĆ TAK LUB NIE

Przeciwwskazanie	TAK	NIE
Niestabilność stanu somatycznego i neurologicznego	☐	☐
Zespół hipertermiczny (temperatura ciała powyżej 37,8–38°C)	☐	☐
III typ niewydolności krążeniowo-oddechowej	☐	☐
Rozedma płuc	☐	☐
Odma opłucnowa	☐	☐
Ciężkie nadciśnienie tętnicze	☐	☐
Niewydolność nerek lub niewydolność wątroby powyżej stadium III	☐	☐
Poważne zaburzenia rytmu i przewodzenia (np. wielopunktowe dodatkowe skurcze komorowe, blok AV, tachysystoliczna postać migotania przedsionków)	☐	☐
Zespół krwotoczny	☐	☐
Przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych	☐	☐
Krwotok płucny lub obecność krwi w plwocinie	☐	☐
Zatorowość płucna, zakrzepica żył głębokich	☐	☐
Podejrzenie nowotworu w obszarze oddziaływania	☐	☐
Rozrusznik serca lub inne wszczepione urządzenia (np. defibrylator, neurostymulator)	☐	☐

Przeciwwskazanie	TAK	NIE
Metalowe ciała obce / implanty metalowe	☐	☐
Implanty elektroniczne	☐	☐
Pompy lekowe	☐	☐
Skłonność do ataków (hipotonicznych, epileptycznych)	☐	☐
Poważny lub zagrażający życiu stan	☐	☐
Zaburzenia pracy serca	☐	☐
Dekompensowane krwawienie	☐	☐
Menstruacja	☐	☐
Dekompensowane zaburzenia krzepliwości krwi	☐	☐
Dekompensowane choroby układu sercowo-naczyniowego	☐	☐
Nowotwór złośliwy	☐	☐
Gorączka	☐	☐
Ciąża	☐	☐

* Dekompensacja oznacza potwierdzony w historii medycznej zdekompensowany stan zdrowia i długotrwałe przyjmowanie leków. Przyjmowanie leków wyłącznie profilaktycznie, bez wcześniejszego pogorszenia stanu zdrowia, nie stanowi samo w sobie przeciwwskazania. Mogą istnieć inne przeciwwskazania – wymagają indywidualnej oceny.

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z informacjami i udzieliłem/-am prawdziwych odpowiedzi dotyczących przeciwwskazań.

_____

Data i podpis fizjoterapeuty

Data i czytelny podpis pacjenta