



**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE
ZABIEGU KRIOTERAPII OGÓLNOUSTROJOWEJ**

Imię i nazwisko pacjenta :

PESEL :

Kriokomora to urządzenie medyczne służące do krioterapii ogólnoustrojowej, która jest nieinwazyjną, skuteczną i bezpieczną metodą leczenia. Zabieg polega na poddaniu całego ciała przez krótki czas (do 3 min) działaniu bardzo niskich temperatur: od -110°C do -140°C .

Wywołuje to w organizmie szereg dobroczynnych reakcji biochemicznych, hormonalnych i klinicznych, dzięki którym zmniejszają się dolegliwości bólowe kręgosłupa, stawów a układ nerwowy jest bardziej odporny na stres i zmęczenie. Ponadto leczenie w kriokomorze ma korzystny wpływ na układ immunologiczny, co powoduje podwyższenie odporności organizmu.

Jednemu świadczeniodawcy przysługuje do 20 zabiegów w kriokomorze w ciągu jednego roku kalendarzowego.

Zabieg krioterapii ogólnoustrojowej polega na :

- * kilkusekundowym pobycie w przedsionku adaptacyjnym w temperaturze do -60°C
- * 2-3 minutowym pobycie w komorze właściwej o temperaturze od -110°C do -140°C

Przed każdym zabiegiem pacjent ma wykonany pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Zasady korzystania z zabiegu w kriokomorze:

- * nie dopuszczalne jest wchodzenie do kriokomory bez zgody terapeuty,
- * należy bezwzględnie stosować się do poleceń personelu obsługującego kriokomorę,
- * pacjent będzie dopuszczony do zabiegu z aktualnym skierowaniem,
- * pacjent powinien zgłaszać wszelkie nieprawidłowości o stanie zdrowia,
- * pacjent powinien być przygotowany 15 minut przed zabiegiem,
- * pacjent nie może mieć na sobie żadnych ozdób, zegarków, kolczyków i innych metalowych elementów,
- * skóra nie może być spocona ani wilgotna, wszelkie zawilgocenia usunąć ręcznikiem,
- * nie wolno stosować w dniu zabiegu maści, kremów i balsamów nawilżających,
- * podczas zabiegu należy powoli i „płytko” oddychać wg formuły wdech nosem – wydech ustami, dwukrotnie dłuższy niż wdech,
- * należy poruszać się drobnymi kroczkami dookoła komory zabiegowej lub maszerować w miejscu, nie należy opierać się o ściany kabiny zabiegowej,
- * nie wykonywać takich czynności jak klaskanie w dłonie, pocieranie czy też poklepywanie powierzchni ciała,
- * pacjenci opuszczają komorę zabiegową przez przedsionek, następnie powinni zdjąć maseczkę, zsunąć podkalanówki do kostek, zmienić obuwie na sportowe i obowiązkowo wykonywać ćwiczenia gimnastyczne w celu rozgrzania organizmu.
- * nie należy korzystać z sauny i basenu 3 godziny przed i po zabiegu

Wymagany strój na zabieg w kriokomorze

- * maska ochronna na usta i nos,
- * krótkie spodenki bawełniane lub legginsy,
- * wysokie sięgające kolan bawełniane skarpety, bezuciskowe,
- * rękawiczki ocieplane,
- * czapka lub opaska bawełniana lub wełniana,
- * obuwie sportowe (do ćwiczeń po kriokomorze),
- * ręcznik
- * kobiety dodatkowo – koszulka bawełniana na ramiączka,
- * obuwie z drewnianą podeszwą (na wyposażeniu gabinetu).

Informujemy, że pacjent pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub bez wymaganego stroju nie może korzystać z zabiegu.

Wywiad:

1. Choroba nowotworowa obecnie TAK NIE w przeszłości TAK NIE jakie, kiedy
2. Choroby układu sercowo – naczyniowego:
Stan po zawale serca; TAK NIE kiedy
Nadciśnienie tętnicze TAK NIE
Zaburzenia rytmu serca TAK NIE
Niedokrwistość TAK NIE
Przebyta zakrzepica TAK NIE kiedy
3. Choroby tarczycy TAK NIE jakiewynik.....(norma 0,55-4,78 mU/ml)
4. Padaczka TAK NIE
5. Przebyty udar mózgu TAK NIE kiedy
6. Choroby układu oddechowego TAK NIE jakie
7. Przyjmowane leki - przeciwzakrzepowe TAK NIE
8. Zmiany skórne TAK NIE
9. Zaburzenia czucia TAK NIE
10. Zaburzenia równowagi TAK NIE
11. Klaustrofobia TAK NIE

Oświadczam, że podane powyżej informacje dotyczące stanu mojego zdrowia są prawdziwe oraz nie zataiłem/łam żadnych informacji mających wpływ na moje bezpieczeństwo podczas zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej

.....

Data, podpis pacjenta

W przypadku pozytywnej odpowiedzi na pytania 1 – 4 prosimy o dostarczenie zaświadczenia od lekarza prowadzącego o braku przeciwwskazań do wykonania zabiegu kriokomory ogólnoustrojowej

ZGODA PACJENTA

Ja niżej podpisany(a) po zapoznaniu się z powyższymi informacjami **wyrażam zgodę** na poddanie się zabiegowi krioterapii ogólnoustrojowej w dniach

Jednocześnie oświadczam, że w tym roku kalendarzowym nie korzystałem/łam z zabiegów krioterapii ogólnoustrojowej w ramach umowy z NFZ więcej niż 20 razy.

.....

Data, podpis pacjenta

.....

Data, podpis i pieczętka fizjoterapeuty