

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU KRIOTERAPII OGÓLNOUSTROJOWEJ w Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii S.Sz.W. w Ciechanowie

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL.....

Rodzaj świadczenia zdrowotnego – KRIOTERAPIA OGÓLNOUSTROJOWA

Cel świadczenia zdrowotnego: zmniejszenie dolegliwości bólowych, przywrócenie choremu utraconych sprawności oraz podjęcie działań zapobiegających utracie sprawności w przyszłości, podwyższenie odporności organizmu.....

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 minut) działaniu 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. Ponad to leczenie w kriokomorze ma korzystny wpływ na układ immunologiczny, co powoduje podwyższenie odporności organizmu.

Następuje zwiększenie przepływu chłonki w naczyniach limfatycznych oraz gwałtowne obkurczenie, a następnie adaptacyjne rozszerzenie naczyń krwionośnych. Poprawa krążenia, zwiększenie podaży tlenu i substancji odżywczych do tkanek i narządów przyspiesza usuwanie toksyn z organizmu. Zmniejszenie nasilenia stresu oksydacyjnego powoduje skuteczne działania hamujące procesy zapalne w tkankach.

Kriokomora to także miejsce odnowy biologicznej. Dowiedziono, że oddziaływanie na organizm bardzo niskimi temperaturami ma efekt spowalniający starzenie się, krioterapia ogólnoustrojowa polecana jest też pacjentom z nadwagą i otyłością. Leczenie zimnem stosowane jest także jako terapia wspomagająca leczenie depresji – potwierdzono efekt poprawy nastroju.

Przebieg zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej:

Kabina kriokomory składa się z przedsionka adaptacyjnego i komory właściwej z dużym oknem umożliwiającym obserwację pacjentów podczas trwania zabiegu. Zabieg polega na kilkusekundowym pobycie w przedsionku adaptacyjnym w temperaturze do -60°C , następnie 2-3 minutowym pobycie w komorze właściwej o temperaturze od -110°C do -140°C .

Drzwi do **kriokomory nie zostają zablokowane w czasie zabiegu – pacjent w każdej chwili może samodzielnie opuścić pomieszczenie, jeśli poczuje się gorzej lub podejmie taką decyzję.** Zabieg może być dla niektórych osób niekomfortowy, ale jest bezbolesny i dobrze tolerowany przez organizm.

Przed każdym zabiegiem kriokomory pacjent ma wykonywany pomiar ciśnienia krwi, po zabiegu pacjent powinien udać się na ćwiczenia gimnastyczne w celu rozgrzania organizmu.

Zasady korzystania z zabiegu kriokomory:

1. Zabiegi krioterapii ogólnoustrojowej są wykonywane na podstawie ważnego skierowania. Jednemu pacjentowi przysługuje do 20 zabiegów w kriokomorze w ciągu roku kalendarzowego.
2. Pacjent jest zobowiązany stosować się do wszystkich zaleceń personelu medycznego kwalifikującego do zabiegu lub obecnego przy zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej.
3. Niedopuszczalne jest wchodzenie do kriokomory bez zgody terapeuty.
4. Przed każdym zabiegiem kriokomory pacjent zobowiązany jest zgłosić się na pomiar ciśnienia krwi.
5. Wejście do kriokomory odbywa się wyłącznie w wymaganym stroju (opis poniżej).
6. Przed wejściem do kriokomory należy zdjąć wszystkie metalowe przedmioty (biżuteria, zegarek, ubrania z metalowymi elementami itp. oraz soczewki kontaktowe)
7. Przed wejściem do kriokomory należy dokładnie osuszyć ciało ręcznikiem z nadmiaru wilgoci (pot).

Imię i nazwisko pacjentaPESEL.....

8. W dniu zabiegu nie wolno stosować maści, kremów i balsamów nawilżających.
9. W kriokomorze mogą przebywać maksymalnie 4 osoby.
10. Podczas zabiegu należy oddychać płytko i spokojnie według formuły: wdech nosem-wydech ustami. Wydech powinien być dwa razy dłuższy niż wdech (szybkie i znaczne ochłodzenie dróg oddechowych może doprowadzić do skurczu oskrzeli i trudności w oddychaniu). Należy oddychać spokojnie, nie należy zdejmować maski ochronnej w trakcie zabiegu.
11. Podczas zabiegu należy poruszać się drobnymi kroczkami dookoła komory zabiegowej lub maszerować w miejscu.
12. Zabrania się klaskania w dłonie, pocierania i poklepywania powierzchni ciała, dotykania ścian kriokomory, dotykania innych uczestników sesji krioterapii.
13. Jeśli podczas zabiegu dojdzie do zasinienia skóry, bólu, pieczenia lub jakichkolwiek objawów złego samopoczucia (duszności, nadmierne drżenie, omdlenie itp.) należy jak najszybciej opuścić wnętrze kriokomory i zawiadomić fizjoterapeutę obsługującego kriokomorę.
14. O zakończeniu zabiegu pacjenci informowani są komunikatem głosowym.
15. Po zakończeniu zabiegu i opuszczeniu kabiny kriokomory przez przedsionek należy zdjąć maseczkę, rękawiczki, opaskę i obuwie ochronne, zsunąć podkolanówki, zmienić obuwie na sportowe oraz udać się na ćwiczenia gimnastyczne w celu rozgrzania organizmu. Ćwiczenia są obowiązkową składową zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej.
16. **Informujemy, że pacjent pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub bez wymaganego stroju nie może korzystać z zabiegu .**

Wymagany strój do zabiegu kriokomory:

- maska ochronna na usta i nos
- krótkie spodenki bawełniane lub legginsy,
- bawełniana koszulka (dla kobiet) niezakrywająca ramion,
- rękawiczki ocieplane,
- wysokie sięgające kolan skarpety wełniane lub bawełniane, bezuciskowe
- czapka lub opaska wełniana na uszy,
- obuwie sportowe do ćwiczeń po kriokomorze
- ręcznik
- obuwie z drewnianą podeszwą (na wyposażeniu gabinetu)

Możliwe powikłania i działania niepożądane pojawiające się w czasie trwania i po zabiegu kriokomory:

Skutki uboczne po zabiegu kriokomory pojawiają się rzadko i na ogół mają łagodny i przemijający charakter. Do najczęściej występujących należą: **mrowienie, zaczerwienienie skóry, drętwienie, podrażnienia, uczucie swędzenia.** Bardzo rzadko dochodzi do **nieregularnego ciśnienia tętniczego krwi**, czasami może zdarzyć się **przejściowy ból głowy** lub **lekkie zawroty** oraz **uczucie senności** (kilka godzin po zabiegu). Poważniejszym powikłaniem po kriokomorze jest **odmrożenie**. Może ono wystąpić w przypadku niedostosowania się do wcześniej wymienionych zasad korzystania z zabiegu oraz przez nieodpowiedni strój.

Imię i nazwisko pacjentaPESEL.....

Proszę dokładnie przeczytać formularz oraz starannie odpowiedzieć na zawarte w nim pytania zaznaczając właściwą odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” w odpowiednim polu .

UWAGA!

W przypadku zaznaczenia „TAK” w odpowiedzi na pytania 1-4 konieczne jest dostarczenie zaświadczenia od lekarza prowadzącego o braku przeciwwskazań do korzystania z zabiegu kriokomory!

Choroby lub problemy zdrowotne, które mogą stanowić przeciwwskazanie do udzielenia świadczenia zdrowotnego – krioterapii ogólnoustrojowej:

Lp.		TAK	NIE
1	<u>Choroba nowotworowa</u> : * w przeszłości (jeśli TAK to kiedy) *obecnie		
2	<u>Choroby układu sercowo-naczyniowego:</u> Nadciśnienie tętnicze		
	Zaburzenia rytmu serca		
	Niewydolność krążenia		
	Stan po zawale mięśnia sercowego (jeśli TAK to kiedy).....		
	Niedokrwistość		
	Przebyta zakrzepica (jeśli TAK to kiedy).....		
	Zaawansowana miażdżycy		
	Krioglobulinemia		
	Objaw Raynauda		
	Tętniaki naczyń mózgowych / aorty		
	Stymulator serca		
3	<u>Choroby tarczycy</u> (jeśli TAK to jakie..... Wynik TSH z ost 3. tygodni (norma 0,55-4,78mU/ml)		
4	<u>Padaczka</u>		
5	Przebyty udar mózgu		
6	Ostre schorzenia dróg oddechowych		
7	Ostre schorzenia dróg moczowych		
8	Przyjmowane leki przeciwzakrzepowe		
9	Zaburzenia czucia		
10	Zaburzenia równowagi		
11	Zmiany skórne, uszkodzenia skóry		
12	Klaustrofobia		
13	Zespół Sudecka		
14	Nietolerancja zimna		
15	Ciąża		
16	Rejestratory i sensory umieszczone na skórze i podskórze (np. do pomiaru arytmii, poziomu cukru, napięcia mięśniowego itp.)		
17	Niestabilność emocjonalna, poczucie lęku inne zaburzenia psychiczne w fazie ostrej		

Inne choroby współistniejące i problemy zdrowotne niewymienione w tabeli:

.....
.....

Imię i nazwisko pacjentaPESEL.....

- ☐ Oświadczam, że udzieliłem(-łam) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia –zgodnie z formularzem umieszczonym powyżej

.....
Data i podpis pacjenta/opiekuna prawnego

- ☐ Odmówiono udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na:

.....
(Uzasadnienie odmowy)

.....
Podpis fizjoterapeuty (data, podpis, pieczęć)

- ☐ Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem(-łam) i zrozumiałem(-łam) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące udzielanego świadczenia zdrowotnego w moim przypadku. Zostałem(-łam) poinformowany(-a) o ryzyku związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego - kriokomory z jego samowolną modyfikacją włącznie. Zostałem(-łam) poinformowany(-a) o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych.
- ☐ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę nie są zagwarantowane. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących udzielanego świadczenia i na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień. Zostałem poinformowany(-a) o sposobie przygotowania się do zabiegu oraz o możliwych odczuciach w trakcie trwania świadczenia zdrowotnego. Znane mi są reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia.
- ☐ Oświadczam, że w tym roku kalendarzowym nie korzystałem/am z zabiegów krioterapii ogólnoustrojowej w ramach umowy z NFZ więcej niż 20 razy.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

- ☐ Wyrażam świadomą zgodę na poddanie się zabiegowi krioterapii ogólnoustrojowej i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach stanu mojego zdrowia. Przyjmuję wszelką odpowiedzialność za ryzyko ewentualnych powikłań powstałych w wyniku podania nieprawdziwych bądź zatajenia istotnych dla przebiegu terapii informacji.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

- ☐ Nie wyrażam zgody na poddanie się zabiegowi krioterapii ogólnoustrojowej. Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-a) o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji dla mojego zdrowia.

.....
(Uzasadnienie odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego przez pacjenta/opiekuna prawnego)

*.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Potwierdzenie lekarza przyjmującego zgodę pacjenta na świadczenia zdrowotne.

.....
Podpis fizjoterapeuty (data, podpis, pieczęć)