

ZGODA NA ZABIEGI TLENOTERAPII HIPERBARYCZNEJ

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

- Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegów tlenoterapii hiperbarycznej.
- Oświadczam, iż zapoznałem (-am) się z poniższymi przeciwwskazaniami do zabiegu.
- Oświadczam, że nie posiadam żadnych chorób / posiadam inne choroby / niż wymienione poniżej tj.:
.....
.....
- Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z formularzem umieszczonym powyżej. Zostałem(-am) poinformowany(a) o rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, przebiegu zabiegu i ewentualnych skutkach ubocznych.

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta

PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU TLENOTERAPII HIPERBARYCZNEJ

Do bezwzględnych przeciwwskazań należy:

- odma opłucnowa
- przebyta w ciągu ostatnich trzech lat torakotomia (zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu ściany klatki piersiowej, umożliwiający dostęp do narządów zlokalizowanych wewnątrz klatki piersiowej, czyli płuc, serca, przełyku, tchawicy i przepony)
- wszelkie zabiegi chirurgiczne – jeśli zostały wykonane w okresie krótszym niż 3 miesiące od dnia wizyty
- rozrusznik serca, oraz inne wszczone implanty elektroniczne (np. wszczepiony aparat słuchowy)
- Aktualnie przyjmowanie leków:
 - ✓ Bleomycyny
 - ✓ Cisplatyny
 - ✓ Doksorubicyny
 - ✓ Sulfamylonu
 - ✓ Disulfiramu
 - ✓ Mafenide Acetale
 - ✓ Octan mafenide

Do przeciwwskazań względnych (wymagają od pacjenta konsultacji ze swoim lekarzem) należą:

- klaustrofobia
- astma, rozedma z retencją CO₂, choroby obturacyjne płuc
- przewlekłe zapalenie zatok, ostra infekcja górnych dróg oddechowych
- ciąża (niezależnie od stadium)
- padaczka i skłonności do drgawek
- gorączka powyżej 38 stopni w dniu wizyty
- zapalenie nerwu wzrokowego także przebyte znacznie wcześniej
- nowotwory leczone chemioterapią – w przypadku leczenia radioterapią HBO może być wskazana, ponieważ zwiększa podatność zmian nowotworowych na promieniowanie, a do tego łagodzi martwicę popromienną oraz uszkodzenia tkanek
- wrodzona sferocytoza
- krwotoki
- dysfunkcja trąbki Eustachiusza
- ostre stany zapalne uszu (w dniu wizyty)
- zaćma (w dniu wizyty)
- aparat słuchowy z możliwością ściągnięcia (aparat należy bezwzględnie zdjąć przed rozpoczęciem seansu)
- stan wskazujący na spożycie alkoholu lub środków odurzających

Czytelny podpis

DATA.....

PODPIS.....



KARTA INFORMACYJNA

NR:..... DATA:.....

IMIĘ I NAZWISKO.....

WIEK.....

E-MAIL.....

TELEFON.....

ADRES.....

ZAPALANIE ZATOK OBOCZNYCH NOSA

ODMA PŁUC W WYWIADZIE

OSTRE SCHORZENIA USZU

ROZRUSZNIK SRERCA

DRGAWKI W WYWIADZIE

LECZENIE CIS-PLATYNĄ

CIĄŻA

ZAPALENIA NARWU WZROKOWEGO

WYSOKA TEMPERATURA

CHOROBY PŁUC Z RETENCJĄ DWUTLENKU
WĘGLA

WRODZONA SFEROCYTOZA

RÓŻNEGO RODZAJU KRWOTOKI

ZABIEGI OPERACYJNE W OBRĘBIE
KLATKI PIERSIOWEJ I UKŁADU
ODDECHOWEGO

SCHORZENIA (podkreślić właściwe schorzenie lub dopisać niewymienione):

UWAGI

UKŁAD KOSTNO- STAWOWY: zwyrodnienie stawów, zapalenie stawów, reumatyzm, wysunięcie się dysku, bóle stawów, bóle lędźwiowe, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, osteoporoza

UKŁAD NERWOWY: depresja, rwa kulszowa, nerwowość, parkinson, zaburzenia snu, senność, zmęczenie, negatywne działanie stresu, zaburzenia widzenia, problemy z koncentracją

UKŁAD MOCZOWO-PLCIOWY: spadek libido, bóle miesiączkowe, kamienie nerkowe, prostata

UKŁAD KRĄŻENIA: serce, nadciśnienie tętnicze, arytymia, zaburzenia krążenia, żylaki, hemoroidy, choroba wieńcowa,

UKŁAD HORMONALNY: tarczycza, obrzęki, polipy, duszności

UKŁAD POKARMOWY: problemy z trawieniem, wzdęcia, zaparcia, cukrzyca, nadwaga, kamienie żółciowe, bóle brzucha, jelita, nerki, wątroba

UKŁAD MIĘŚNIOWY: odleżyny, bóle mięśniowe, bóle pleców, napięcia mięśniowe, napięcia karku,

Bóle głowy, obrzęk limfatyczny, cellulit, inne

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do procesu rejestracji oraz identyfikacji administracyjnej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rejestracji oraz identyfikacji administracyjnej zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

DATA.....

PODPIS.....