POLIKLINIKA IPP CENTRUM VAŠEHO ZDRAVÍ

Informovaný souhlas

Ošetření rázovou vlnou

Jméno a příjmení.....rodné číslo.....
bydliště.....
alergie.....

Vážená klientko, vážený kliente,
velmi si vážíme vaší důvěry a touto cestou bychom vás chtěli informovat o plánovaném léčebném výkonu. Věnujte prosím náležitou pozornost uvedeným informacím.

Lékař vám poskytne veškeré informace o účelu a povaze zákroku, o jeho důsledcích a rizicích. Je připraven vám zodpovědět veškeré vaše dotazy tykající se plánovaného lékařského zákroku.
Prosíme, využijte svého práva klást lékaři doplňující dotazy k odstranění jakýchkoliv pochybností a nejasností ohledně plánovaného výkonu. Pokud lékař používá odborné termíny, kterým nerozumíte, prosíme, neváhejte jej na tuto skutečnost upozornit.

Informace o plánovaném výkonu
BTL-6000 SWT POWER je neinvazivní terapeutické zařízení určené k použití v případě poruch pohybového aparátu a měkkých tkaní. Aplikace rázové vlny do tkáně snižuje pocity bolesti a podporuje lokální mikrocirkulaci, což má za následek lokální posílení metabolismu.

Kontraindikace

- poruchy krevní srážlivosti a použití antikoagulancií
- polypy v oblasti léčby
- těhotenství
- trombóza
- nádorová onemocnění
- postižení periferních nervů (polyneuropatie)
- terapie lokálně aplikovanými kortikoidy v místě ošetření rázovou vlnou

Pokud máte některou z uvedených kontraindikací, prosíme, ihned upozorněte lékaře na tuto skutečnost. Vhodnost aplikace posoudí lékař individuálně.

Možná rizika spojená s provedením výkonu
V místě ošetření může přechodně dojít k zarudnutí kůže nebo k otoku, případně může na ošetřovaném místě dojít k pocitu necitlivosti nebo svědění, poškození kůže po předchozí léčbě kortikoidy, hematom, petechie. Všechny vedlejší účinky ustupují obvykle během několika hodin až dnů. Těmto nepříjemným komplikacím lze zamezit upravením parametrů terapie. Je tedy nutná komunikace s terapeutem.

Prohlášení a souhlas klienta

Prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o povaze ošetření a byl/a jsem informován/a i o možných rizicích tohoto výkonu. Přečetl/a jsem si informace o možných rizicích a komplikacích a léčbu podstupuji na vlastní zodpovědnost. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky* a moje dotazy byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením ošetření. Všemu jsem porozuměl/a a s navrženým postupem souhlasím.

V Praze dne Podpis

Poučení provedl/a Podpis

* Byly kladeny tyto otázky: