

Ambulantní fyzioterapie - OptonPro 25 Watt - Zimmer**Informovaný souhlas /pozitivní revezs/**

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo: Bydliště:

Plánovaný výkon (srozumitelnou terminologií):

.....

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem, ošetřujícím personálem srozumitelně informován/a o mém zdravotním stavu a o důvodech, které vedou k výše uvedenému výkonu. Byl/a jsem též informován/a o způsobu provedení zákroku, možných rizicích a obvyklých či výjimečných komplikacích tohoto výkonu. Byly mi podány informace o možnostech alternativního zákroku, o předpokládané délce léčby, rekonvalescence a o případných omezeních vyplývajících ze zákroku a rekonvalescence.

Prohlašuji, že jsem měl/a možnost klást lékaři doplňující otázky a moje dotazy byly zodpovězeny. Prohlašuji, že jsem porozuměl/a vysvětlení výkonu, a na základě tohoto poučení **souhlasím**:

- s provedením výkonu v rozsahu, který ošetřující lékař uzná za vhodný a nezbytný,
- prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné mně osobně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit okolí či personál nemocnice,
- prohlašuji, že jsem si tento dokument přečetl/a, textu jsem porozuměl/a a na důkaz toho jej podepisuji.

V Dačicích dne:

.....

Podpis pacienta/zákonného zástupce

Vyplní lékař:

Prohlašuji, že jsem seznámil/a pacienta /zákonného zástupce pacienta/ se způsobem plánovaného výkonu, neinvazivním léčebným výkonem, který připadá v souvislosti s léčebným a diagnostickým postupem v úvahu. Současně jsem pacienta seznámil s možnými komplikacemi a riziky.

Jméno a příjmení lékaře:

V Dačicích dne:

.....

Podpis lékaře

I. Kontraindikace aplikace LASERu

- 1) Přímé ozáření: očí, endokrinních žláz /vaječníky, varlata, štítnice/, gravidní děloha
 - 2) Závažné cévní onemocnění
 - 3) Horečnaté stavy
 - 4) Celková vyčerpanost organismu
 - 5) Bolest neznámého původu
 - 6) Zhoubná nádorová onemocnění, nebo potenciální prekancerózy
 - 7) Epilepsie nebo jiná záchvatovitá onemocnění v předchorobí
 - 8) Diagnosticky nejasné stavy
 - 9) Krvácivé stavy /užívání léků proti srážlivosti krve – Warfarin
 - 10) Albinismus
 - 11) Probíhající chemoterapie
 - 12) V místě aplikace kosmetické a léčivé přípravky (gely -např. Fastum gel)
-

II. Místo aplikace ošetřit před začátkem lihobenzinem nebo benzinem

Pro větší efekt možno použít eosin (červené barvivo)

Aplikaci provádět bezkontaktně

III. Nežádoucí účinky

Výjimečně: zvýšená citlivost ozářeného místa

lehká nevolnost

IV. Obsluha i pacient musí mít při aplikaci ochranné brýle

V. Specifikaci procedury musí provádět lékař

Výkon sondy, ošetřovaná plocha v cm², provoz ošetření – kontinuálně, pulzně

Energetická hustota – J/cm²

/např. sedace 5 Hz, stimulace 10 Hz, otoky 8 Hz)

S výše uvedenými skutečnostmi jsem byl/a seznámen/a

fyzioterapeutem /jméno a příjmení/ dne:

.....
Podpis fyzioterapeuta

.....
Podpis pacienta/zákonného zástupce