

INFORMACJA O ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM w postaci suchego igłowania

W celu skorzystania ze świadczenia zdrowotnego w postaci suchego igłowania udzielanego w zakładzie leczniczym „Fizjoterapia Kobielska”, prowadzonym przez firmę „FiRM Michał Tomaszewski” pod adresem: ul. J. Poniatowskiego 29C/1, 05-400 Otwock, posiadającą numer NIP: 1181706708 oraz REGON: 529993282, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz wpisaną do rejestru podmiotów leczniczych, numer księgi rejestrowej: 000000284018, prosimy o zapoznanie się z niniejszą informacją, a następnie o podjęcie decyzji o wyrażeniu lub niewyrażeniu zgody na jego udzielenie.

NA CZYM POLEGA SUCHE IGŁOWANIE I JAK SIĘ PRZYKOTOWAĆ DO JEGO/JEJ PRZEPROWADZENIA?

- Zabieg ten polega na wprowadzeniu cienkiej igły o grubości 150-300 mikrometrów i długości 15-65 mm. w miejsce zapaści metabolicznej mięśnia (punkt spustowy) lub w obszar densyfikacji powięzi lub więzadło. Igły są wykorzystywane jednorazowo, rozpakowywane z jałowego opakowania przy pacjencie, dodatkowo igła jak i pole nakłuwania są dezynfekowane środkiem dezynfekującym.
- Zastosowane igły do zabiegu są igłami nieiniekcyjnymi. Czas zabiegu wynosi od 30 do 60 min, w zależności od odpowiedzi tkankowej. Ostateczny czas trwania zabiegu jest ustalany przez fizjoterapeutę wykonującego zabieg.
- Zabieg suchego igłowania poprzez wprowadzenie igły w bolesny punkt/obszar powoduje delikatne, kontrolowane wywołanie stanu zapalnego mięśnia/ obszaru powięzi, celem zmuszenia organizmu do szybszej regeneracji w całkowicie naturalny sposób wykorzystując własne czynniki naprawcze.
- Całkowity czas regeneracji tkankowej trwa ok. 2– 7 dni.

JAKIE SĄ PRZECIWSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA SUCHEGO IGŁOWANIA

Przeciwwskazaniami bezwzględnymi do przeprowadzenia suchego igłowania są:

problemy z krzepliwością krwi,

- ogólne oraz miejscowe choroby krążeniowe takie jak np. żylaki, owrzodzenia,
- zakrzepica,
- ewentualne niezdiagnozowane złamania,
- wszelkie zmiany skórne,
- infekcje,
- gorączka,
- obrzęki limfatyczne,
- zbyt duży ból towarzyszący terapii,
- ogólne osłabienie organizmu.

ODCZUCIA PACJENTA W TRAKCIE WYKONYWANIA SUCHEGO IGŁOWANIA:

- Ukłucie: Lekkie ukłucie przy wprowadzaniu igły.
- Ucisk i Rozpieranie: Uczucie nacisku w obszarze nakłucia.
- Skurcze Mięśni: Krótkotrwałe lokalne skurcze.
- Rozluźnienie: Uczucie zmniejszenia napięcia mięśniowego.
- Ciepło/Mrowienie: Lokalne ciepło lub mrowienie.
- Indywidualna Reakcja: Zróżnicowane odczucia zależne od pacjenta i techniki.

MOŻLIWE POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZENIU SUCHEGO IGŁOWANIA:

- zakażenie,
- odma opłucnowa,
- siniaki,
- podrażnienie nerwu,
- bolesność nakłuwanego miejsca, utrzymująca się do kilku dni po zabiegu,
- podrażnienie narządu.

W przypadku wystąpienia powikłań lub w przypadku, gdy wskazane powyżej reakcje nie ustąpią, nasilą się, pojawią się nowe dolegliwości lub nastąpi gwałtowne pogorszenie samopoczucia, konieczne jest niezwłoczne skonsultowanie się fizjoterapeutą lub lekarzem.

PYTANIA PACJENTA:

W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z suchym igłowaniem należy zadać je fizjoterapeucie PRZED podpisaniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

ZGODA PACJENTA
NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia oraz numer
PESEL pacjenta:

Adres zamieszkania pacjenta:

Niniejszym oświadczam, że podczas wizyty przeprowadzonej w dniu _____:

1. **Udzieliłam/em fizjoterapeucie prawdziwych i wyczerpujących informacji o moim stanie zdrowia i jestem świadoma/y skutków podania nieprawdziwych informacji lub zatajenia informacji o moim stanie zdrowia. Zostałam/em poinformowana/y, że wszelkie udzielone przeze mnie informacje o stanie zdrowia mają poufny charakter.**
2. **Zostałam/em poinformowana/y przez fizjoterapeutę o moim stanie zdrowia oraz o moim stanie funkcjonowania.**
3. Fizjoterapeuta udzielił mi wyczerpującej informacji o proponowanych metodach leczenia, w tym następstwach ich zastosowania, o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych proponowanym sposobem leczenia w postaci suchego igłowania.
4. Fizjoterapeuta poinformował mnie o skutkach stosowania zaproponowanego leczenia w postaci suchego igłowania jak również o skutkach zaniechania stosowania proponowanego leczenia, w tym o konsekwencjach wynikających z samowolnej modyfikacji zaproponowanego sposobu leczenia.
5. **Fizjoterapeuta poinformował mnie o spodziewanych wynikach leczenia, przy czym wyjaśniono mi, że spodziewanego efektu nie można zagwarantować. Jest on zależny od wielu czynników, w tym m.in. od zdolności regeneracyjnych mojego organizmu i stosowania się do zaleceń fizjoterapeuty.**
6. Fizjoterapeuta poinformował mnie o alternatywnych metodach leczenia oraz o ryzyku wynikającym z ich zastosowania.
7. **Zapoznałem się z powyższą informacją o świadczeniu zdrowotnym w postaci suchego igłowania i jest ona dla mnie w pełni zrozumiała.**
8. Fizjoterapeuta odpowiedział wyczerpująco i w zrozumiały sposób na moje pytania związane z proponowanym sposobem leczenia.

MAJĄC NA WZGLĘDZIE POWYŻSZE OŚWIADCZAM, ŻE ŚWIADOMIE:
.....(należy wpisać WYRAŻAM ZGODĘ lub NIE WYRAŻAM ZGODY) **NA PRZEPROWADZENIE
SUCHEGO IGŁOWANIA I ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO NIEZWŁOCZNEGO INFORMOWANIA FIZJOTERAPEUTY O
WSZELKICH ZMIANACH MOJEGO STANU ZDROWIA ORAZ SAMOPOCZUCIA.**

.....
miejsowość, data, godzina i podpis pacjenta

Potwierdzam wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci suchego igłowania w mojej obecności.

.....
miejsowość, data, godzina i podpis fizjoterapeuty