

ZGODA NA WYKONANIE PROCEDURY MEDYCZNEJ
(ZABIEGI KRIOTERAPII OGÓLNOUSTROJOWEJ)

Imię i nazwisko pacjenta, **Pesel:**

Informacja dotycząca:

- proponowanego sposobu leczenia
- celu zabiegu
- wskazań, p/ wskazań , możliwych powikłań

Krioterapia ogólnoustrojowa jest to bodźcowe i stymulujące zastosowanie w kabinie kriogenicznej niskich temperatur (poniżej -120 °C w czasie 1-3 minut) na powierzchnię całego ciała dla wywołania i wykorzystania dla celów leczniczych fizjologicznych reakcji obronnych organizmu.

Wskazania do zabiegu:

- Zespoły bólowe kręgosłupa i stawów w przebiegu choroby zwyrodnieniowej i dyskopatii
- Choroby reumatoidalne stawów i kręgosłupa (RZS, ŁZS, ZZSK)
- Bólowe zespoły przeciążeniowe narządu ruchu
- Zespoły bólowe pourazowe narządu ruchu
- Stwardnienie rozsiane reagujące na sterydoterapię
- Stany depresyjne
- Odnowa biologiczna
-

Przeciwwskazania:

- klaustrofobia,
- -nietolerancja zimna
- nieuregulowane nadciśnienie tętnicze
- niedokrwistość, znacznego stopnia, krioglobulinemia, kriofibrynogemia
- hemoglobinuria na zimno, choroby nerek i pęcherza moczowego
- choroby serca- wady zastawkowe, niestabilizowana choroba niedokrwienności serca, zaburzenia rytmu serca, rozrusznik
- obecność tętniaków
- zaburzenia mikrokrążenia (miażdżycza zarostowa, angiopatia cukrzycowa)
- niewydolność oddechowa
- niestabilizowane zaburzenia hormonalne, głównie tarczycy
- stany infekcyjne (bakteryjne i wirusowe)
- choroby po przeszczepach (immunosupresja)
- choroby nowotworowe
- zaburzenia czucia powierzchownego (polineuropatie)
- Cold urticaria
- labilność emocjonalna
-

Możliwe powikłania:

- odmrożenie
- wyżki ciśnienia tętniczego krwi

Poinformowany (a) o proponowanym leczeniu i wszystkich towarzyszących okolicznościach wyrażam/ nie wyrażam zgodę na korzystanie z zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej

.....
data. i pieczęć lekarza

.....
data. czytelny podpis pacjenta