



ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA

Szanowna Pacjentko,

Problem, z którym zgłosiła się Pani do swojego fizjoterapeuty jest problemem intymnym, którego przyczyną jest zaburzenie funkcjonalne dna miednicy. Konieczna jest dokładna i profesjonalna diagnostyka, w celu postawienia właściwego rozpoznania, które z kolei pozwoli stworzyć odpowiedni program terapeutyczno-treningowy dopasowany do Pani indywidualnych potrzeb. W celu zapewnienia jak najlepszej terapii, Pani fizjoterapeuta powinien przeprowadzić badanie przezpochwowe i/lub przezodbytnicze. Tylko dzięki temu możliwe będzie stworzenie najlepszego programu terapeutycznego, udzielenie rzetelnych informacji terapeutycznych oraz przeprowadzenie kontroli postępów procesu powrotu do zdrowia i sprawności. Z tych samych powodów może także zaistnieć potrzeba uzupełnienia badania o badanie aparaturowe.

Ze względu natury prawnej prosimy o pisemne wyrażenie zgody na badanie przezpochwowe i/lub przezodbytnicze.

Zgoda na badanie oraz potwierdzenie odbycia rozmowy instruktażowej

Fizjoterapeutka Paulina Pancerz przeprowadziła ze mną osobistą rozmowę, podczas której otrzymałam:

- Wszystkie niezbędne informacje dotyczące badania przezpochwowego/przezodbytniczego
- Miałam możliwość zadania wszelkich pytań
- Wyraziłam zgodę na przebadanie mnie przez pochwę/przez odbyt dobrowolnie
- Nie miałam i nie mam żadnych pytań

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania przezpochwowego i/lub przezodbytniczego oraz oświadczam, że nie zataiłam żadnych istotnych informacji przed fizjoterapeutką w tym informacji dotyczących stanu zdrowia.

Imię i nazwisko _____ data urodzenia _____

data i podpis

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

data i podpis

Oświadczam, że jestem w ciąży, która nie jest zagrożona (jej przebieg jest fizjologiczny i nie ma przeciwwskazań do działań terapeutycznych) oraz oświadczam, że nie zataiłam żadnych istotnych informacji przed fizjoterapeutką w tym informacji dotyczących stanu zdrowia i wyrażam zgodę na:

- Badanie przezpochwowe i/lub przezodbytnicze **TAK NIE**
- Przeprowadzenie terapii w obrębie ciała (masaż, terapia powięziowa, kinesiologia taping, ćwiczenia) **TAK NIE**

data i podpis

data i podpis terapeuty



Zależy mi na tym, by czuła się Pani jak najbardziej komfortowo i bezpiecznie, zatem na każdym etapie wizyty, jeśli poczuje Pani taką potrzebę, może bez skrępowania poprosić o przerwanie terapii, wizyty, wyjaśnienie co i w jakim celu wykonuje fizjoterapeuta.

Oświadczenie pacjenta:

Zostałam poinformowana o tym, że zabiegi manualne są nieprzyjemne, bolesne (ból w miejscu zabiegu oraz / lub w innym miejscu ciała).

Zabiegi manualne mogą wywoływać reakcje emocjonalne: złość, smutek, czasem śmiech; reakcja ta mija w trakcie zabiegu lub z jego końcem, bardzo rzadko utrzymuje się przez kilka – kilkanaście minut po zabiegu.

Zostałam poinformowana, aby w trakcie zabiegu jak i bezpośrednio po nim zgłaszać objawy niekorzystne:

- mrowienie (rąk, nóg), brak czucia
- uczucie duszności,
- mdłości, zawroty w głowie

Możliwymi reakcjami pozabiegowymi są:

- wynaczynienia podskórne ("siniaki") w miejscu zabiegowym
- bolesność, tkliwość okolicy zabiegowej, utrzymująca się jeden – kilka dni
- nasilenie istniejących objawów lub wystąpienie nowych objawów dysfunkcji dna miednicy zazwyczaj trwające kilka – kilkanaście dni; niezwykle rzadko stan taki trwa kilka tygodni, bardzo rzadko trwa dłużej i wymaga dalszej terapii
- reakcje paradoksalne (występujące bardzo rzadko) typu: gorączka, biegunka, zmiany nastrojów, omdlenia; brak siły, senność, bezsenność
- w przypadku kobiet po porodzie: powrót płodności

Jeśli wystąpią inne objawy, które mogłabym uznać za reakcję pozabiegową, mogę skonsultować je telefonicznie z fizjoterapeutą oraz poinformuję o nich na kolejnej wizycie.

Oświadczam, że nie zataiłam świadomie informacji o moim stanie zdrowia, które mogłyby wpłynąć na postępowanie fizjoterapeutyczne.

Jestem świadoma, że aby terapia przynosiła efekty, powinnam stosować się do zaleceń, konsultować chęć podjęcia innych form fizjoterapii lub nowych aktywności fizycznych oraz na bieżąco (na kolejnych wizytach) informować o zmianach w stanie zdrowia i zauważanych objawach.

Imię, nazwisko, pesel _____

data i podpis _____



Proszę podkreślić prawidłową odpowiedź:

Czy ma Pani aktualnie stwierdzoną infekcję?

Tak

Nie

Czy ma Pani stwierdzone przez lekarza przeciwwskazania do fizjoterapii?

Tak

Nie

Urazy w przeszłości:

Złamania

Przerwanie tkanki łącznej (rany, które wymagały szycia)

Silne stłuczenia (np. wypadek samochodowy, upadek z większej wysokości)

brak

Czy leczy się Pani/Pani u specjalisty, (proszę również zaznaczyć, jeśli przyjmuje Pan/Pani na stałe leki zapisane przez lekarza pierwszego kontaktu):

Kardiologiczne

Neurologiczne

Diabetologiczne

Gastrologiczne

Urologiczne

Ginekologiczne

Onkologiczne

Inne _____

Żadne z powyższych

Czy ma Pani:

- Nieustabilizowane nadciśnienie tętnicze krwi

- Nieustabilizowaną arytmie serca

- Objawy neurologiczne (np. zaburzenia czucia, zawroty głowy, bóle głowy)

- Podejrzenie choroby nowotworowej

- Inne choroby w trakcie diagnozy lub leczone przez lekarza

- Inne niezdiagnozowane objawy (jakie) _____

- Brak powyższych

Czy przechodził Pan/Pani leczenie operacyjne?

Tak

Nie

czytelny podpis _____



Poniżej wymieniono środki ostrożności, które należy wziąć pod uwagę według zaleceń Krajowej Izby Fizjoterapeutów.

Proszę podkreślić, czy dotyczy Pani:

- Choroba nowotworowa w przeszłości.
- Nagła utrata masy ciała, bez uchwytnej zdefiniowanej przyczyny.
- Narastające osłabienie lub/i wycieńczenie organizmu, bez uchwytnej przyczyny.
- Gorączka lub stan podgorączkowy (podwyższona temperatura)
- Ból w rytmie dobowym opisywany, jako stały bez uchwytnej przyczyny i zależności od wykonywanych czynności.
- Ból spoczynkowy, często opisywany jako pulsujący.
- Obrzęk jednego lub więcej stawów bez wyjaśnionej przyczyny.
- Niezdiagnozowany uraz w wywiadzie.
- Świeży lub/i postępujący niedowład obwodowy.
- Nietrzymanie moczu lub/i stolca powiązane z bólem kręgosłupa.
- Zaburzenia napięcia mięśniowego - obniżenie lub podniesienie, zaburzenia czucia powierzchniowego lub/i głębokiego jednej połowy ciała lub dwu/czterokończynowe bez wyjaśnionej przyczyny.
- Zaburzenia zborności ruchowej bez wyjaśnionej przyczyny.
- Zaburzenia równowagi i krótkotrwale utraty świadomości.
- Nagle lub świeżo pojawiające opadanie kąćka ust, problemy z mówieniem.
- Pierwszoplanowe lub współistniejące dolegliwości bólowe okolicy jamy brzusznej lub za mostkowej.
- Tętno spoczynkowe powyżej 100 ud./min. lub mniej niż 50ud/min
- Ciśnienie tętnicze krwi powyżej 150/95.
- Ciśnienie tętnicze poniżej 90/50.
- Brak powyższych

Oświadczam, że nie zataiłam świadomie informacji o moim stanie zdrowia, które mogłyby wpłynąć na postępowanie fizjoterapeutyczne. Oświadczam, że jestem świadoma tego, co podpisuję.

Data i czytelny podpis _____

Ja, niżej podpisana, wyrażam / nie wyrażam dobrowolną zgodę na nieodpłatne utrwalanie oraz publikację mojego wizerunku w formie zdjęć i/lub nagrań video przez Fizjoterapia Paulina Pancerz w celach promocyjnych.

Zgoda obejmuje wykorzystanie wizerunku BEZ TWARZY w mediach społecznościowych, na stronie internetowej oraz w materiałach marketingowych.

Oświadczam, że zostałam poinformowana o prawie do wycofania zgody w dowolnym momencie.

Data i czytelny podpis _____