

Informovaný souhlas pacientky, pacienta

Emsella – vysokovýkonné pulzní magnetické pole

Vážená paní, vážený pane,

Rozhodl(a) jste se pro absolvování léčbou intenzivního elektromagnetického pole, které je určeno k terapii při močové inkontinenci, dysfunkci svalů pánevního dna, sexuální dysfunkci a poruchy erekce.

Co je Emsella:

Jedná se o vysokovýkonné pulzní magnetické pole o výkonu až 2,5T(tesla). Mezi hlavní účinky patří hlavně analgezie (tlumení bolesti), svalová stimulace a svalová relaxace.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Terapie se provádí v sedě na speciální židli. Na oblast pánevního dna, poté působí vysokovýkonné magnetické pole. Oblečení, pokud neobsahuje kovové prvky, odkládat nemusíte. V první fázi terapeut zaměří ošetřované místo a nastaví maximální intenzitu, v druhé fázi pak intenzitu k samotné terapii. Během samotné procedury budete cítit příjemné brnění a dle léčebného programu se Vám mohou vlivem působení magnetického pole samovolně stahovat svaly v místě aplikace.

Uvedený výkon není hrazen zdravotní pojišťovnou. Cena je stanovena ceníkem nemocnice a je třeba si tuto terapii uhradit podle počtu procedur daných protokolem ošetření. Frekvence návštěv je stanovena dle protokolu ošetření a dostupnosti termínů.

Alternativy výkonu:

Výkon neprovádět.

Jaké jsou možné komplikace, rizika a kontraindikace:

Vzhledem k vysoké intenzitě a povaze magnetického pole dochází k zahřívání jakéhokoliv kovu. Kvůli této skutečnosti by mohlo dojít k vážným popáleninám. Proto je nezbytné, odložit všechny kovové věci (klíče, šperky, mince, aj.), elektroniku (mobilní telefon, chytré hodinky) a platební karty. V případě oblečení si na proceduru neberte oděv obsahující kov, podprsenku se vhodné mít sportovní (bez kovových háčků a kostic). Zároveň Vám nebude terapie poskytnuta v případě přítomnosti endoprotéz (kloubních náhrad), nitroděložního tělíska, kovových dlah, šroubů, hřebů v kostech, kardiostimulátoru, stentů, kovových svorek atd. Proto byl-li u Vás proveden jakýkoliv operační výkon, zeptejte se svého operátora na přítomnost kovu. Některé druhy barev u tetování mohou obsahovat kov, proto je u terapie v této oblasti potřeba dávat pozor, zdali cítíte teplo a ihned o této skutečnosti informovat terapeuta. Rovněž je terapie kontraindikována v období menstruace.

Naše informace nemůže být zcela vyčerpávající. Podrobnější vysvětlení Vám podá fyzioterapeut, který Vás bude ošetřovat. Ptejte se proto, prosím, fyzioterapeuta na všechno, co Vás ve vztahu k plánované terapii zajímá.

Identifikační údaje pacientky/pacienta:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
-----------	--	--------	--	-----------------	--

Plánovaný výkon:

Emsella – vysokovýkonné pulzní magnetické pole

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře nebo fyzioterapeuta

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi(tce).

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného ošetření. Dále mi byly vysvětleny možné komplikace a zdravotní důsledky vyplývající podstoupení terapie. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému ošetření zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S plánovaným ošetřením souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, operacích a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení terapie či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: _____

_____ podpis pacientky/pacienta, zákonného zástupce, opatrovníka