Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci seryjnego gipsowania

Przed skorzystaniem ze świadczenia zdrowotnego w postaci fizjoterapii obejmującej seryjne gipsowanie, prosimy o zapoznanie się z poniższą informacją, a następnie o zaznaczenie Państwa decyzji o wyrażeniu lub niewyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia.

SERYJNE GIPSOWANIE – jest procedurą medyczną obejmującą założenie opatrunków gipsowych na kończyny górne bądź/i dolne celem zwiększenia zakresu ruchomości stawów, korekcji ustawienia osi kończyn bądź terapii wymuszoną koniecznością.

Podczas wykonywania gipsy są systematycznie zmieniane wraz z oceną efektów terapii przez określony czas trwania leczenia oraz uzyskanie określonego celu, którym może być zarówno poprawa wzorca ruchowego bądź zwiększenia zakresu ruchomości stawu.

PRZECIWWSKAZANIA

Proszę uzupełnić poniższą tabelę:

	TAK	NIE
Czy pacjent ma objawy przeziębienia?		
Czy w ciągu ostatnich 3 dni występowała gorączka?		
Czy pacjent leczony jest onkologicznie?		
Czy występują wady bądź choroby serca?		
Nadciśnienie tętnicze?	**Jakie?**	
Czy pacjent posiada implanty w ciele?	**Jakie?**	
Czy pacjent ma padaczkę?		
Czy występują obecnie jakieś rany bądź ubytki integralności skóry?		
Czy pacjent posiada jakieś alergie?	**Jakie?**	
Czy w ostatnich dwóch miesiącach wystąpiły jakieś urazy?	**Jakie?**	

PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU

1. Przed przeprowadzeniem procedury – opowiedz pacjentowi o tym jak wygląda założenie gipsu.
2. Wybierz luźne ubranie i uprzedź pacjenta o konieczności jego zdjęcia celem odsłonięcia kończyny poddawanej zabiegowi gipsowania.
3. Zaplanuj dobór ubioru po gipsie – tak, aby możliwe było jego założenie na opatrunek.
4. Uprzedź pacjenta o możliwościach odczuwania dyskomfortu (po procedurze może występować uczucie mrowienia, ból o małym stopniu nasilenia).

MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

- Nasilenie się dolegliwości bólowych;
- Wystąpienie objawów skórnych: zaczerwienienie, wysypka, siniaki, wybroczyny;

- Uszkodzenie tkanek w postaci odleżyn bądź innych uszkodzeń skóry;
- Złamania kości, obrzęki, zwichnięcia, skręcenia bądź stłuczenia.

W przypadku wystąpienia bądź podejrzenia działań niepożądanych konieczne jest niezwłoczne skontaktowanie się z FIZJOTERAPEUTĄ dokonującym procedury gipsowania bądź lekarzem.

W przypadku wystąpienia obrzęku lub zaburzeń w postaci podejrzenia niedokrwienia kończyny należy niezwłocznie skontaktować się z fizjoterapeutą bądź lekarzem.

Po założeniu opatrunku gipsowego należy obserwować stan kończyny oraz sprawdzać jej ukrwienie w sposób pokazany przez fizjoterapeutę – należy to robić przez pierwsze 2h co 20 minut. Wszelkie wątpliwości bądź pytania należy zadać przed podpisaniem niniejszej zgody.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	NUMER PESEL PACJENTA

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	NUMER PESEL PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Oświadczam, że podczas wizyty przeprowadzonej w dniu _____:

1. Udzieliłam/em fizjoterapeucie prawdziwych i wyczerpujących informacji o stanie zdrowia pacjenta i jestem świadoma/y skutków podania nieprawdziwych informacji lub zatajenia informacji o stanie zdrowia pacjenta. Zostałam/em poinformowana/y, że wszelkie udzielone przeze mnie informacje o stanie zdrowia mają poufny charakter.
2. Zostałam/em poinformowana/y przez fizjoterapeutę o stanie zdrowia pacjenta oraz o jego 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 fizjoterapii obejmującej seryjne gipsowanie.
4. Fizjoterapeuta poinformował mnie o skutkach stosowania zaproponowanego leczenia w postaci fizjoterapii obejmującej seryjne gipsowanie, 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 organizmu pacjenta i stosowania się do zaleceń fizjoterapeuty.
6. Fizjoterapeuta poinformował mnie o alternatywnych metodach leczenia oraz o ryzku wynikającym z ich zastosowania.
7. Zapoznałem się z powyższą informacją o świadczeniu zdrowotnym w postaci fizjoterapii obejmującej seryjne gipso- wanie i jest ona dla mnie w pełni zrozumiała.
8. Fizjoterapeuta odpowiedział wyczerpująco i w zrozumiały sposób na moje pytania związane z proponowanym sposobem leczenia.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM/EM SIĘ Z POWYŻSZYMI INFORMACJAMI I ŚWIADOMIE: _____ (WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY) **NA PRZEPROWADZENIE FIZJOTERAPII OBEJMUJĄCEJ SERYJNE GIPSOWANIE U _____** (IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA) **I ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO NIEZWŁOCZNEGO INFORMOWANIA FIZJOTERAPEUTY O WSZELKICH ZMIANACH STANU ZDROWIA PACJENTA.**

DATA, GODZINA I PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA

Potwierdzam wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci fizjoterapii obejmującej seryjne gipsowanie w mojej obecności.

DATA, GODZINA I PODPIS FIZJOTERAPEUTY