



OŚWIADCZENIE / Formularz świadomej zgody

na sesje tlenoterapii w komorze hiperbarycznej

Ja, niżej podpisany (-a), PESEL wyrażam zgodę na sesje tlenoterapii w komorze hiperbarycznej. Sesja będzie przeprowadzona w komorze AHA Flex w zakresie ciśnień do 1,8 ATA.

Oświadczam, że miałem (-am) możliwość zadania personelowi pytań i uzyskałem (-am) na nie wyczerpujące odpowiedzi. Zrozumiałem (-am) przebieg i znaczenie sesji tlenoterapii hiperbarycznej.

Oświadczam, że zostałem(łam) poinformowany o przeciwwskazaniach do rozpoczęcia leczenia, sposobie przeprowadzenia sesji, o najczęściej występujących następstwach i możliwych powikłaniach.

Zostałem(łam) również poinformowany o następstwach i powikłaniach rzadkich, których nie można wykluczyć.

Ponadto przed rozpoczęciem sesji tlenoterapii udzieliłem(łam) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które personel zadawał w trakcie wywiadu odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia.

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem(łam) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na rozpoczęcie sesji tlenoterapii w komorze hiperbarycznej.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń personelu, w szczególności do informowania o wszelkich infekcjach dróg oddechowych oraz do zachowania środków ostrożności podczas sesji w komorze.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych pozytywne efekty terapii nie są zagwarantowane.

Data, _____

Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub opiekuna)

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie



Załącznik nr 1 do Oświadczenia/ Formularza świadomej zgody na sesje tlenoterapii w komorze hiperbarycznej

ANKIETA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z personelem Ośrodka Tlen & Terapia**. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do zakwalifikowania na terapię, ustalenia ewentualnych przeciwwskazań oraz w celu wyznaczenia właściwego schematu tlenoterapii w komorze hiperbarycznej.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
PESEL

Nazwisko, imię pacjenta

Telefon

Adres.....

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK NIE

Czy przebył Pan (i) operacje układu oddechowego, ucha czy klatki piersiowej TAK NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy przyjmuje Pan(i) leki? (zwłaszcza leki zawierające jony srebra / Sulfamylon – sulfonamid w postaci kremu stosowany na rany/, antybiotyki cytostatyczne / Adriamycyna, Cisplatyna, Bleomycyna/ lek stosowany w chorobie alkoholowej /Disulfiram/)

TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

.....
Czy zdiagnozowano u Pana(i) odmě opłucnową? TAK NIE

Czy zdiagnozowano u Pana(i) chorobę nowotworową? TAK NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

Klaustrofobia (lek przed małymi przestrzeniami) TAK NIE

choroby serca (choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, niewydolność serca) TAK NIE

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK NIE

choroby płuc (astma oskrzelowa, rozedma płuc, POCHP) TAK NIE

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca) TAK NIE

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność) TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka)
choroby oczu (zapalenie nerwu wzrokowego)

TAK NIE
TAK NIE

choroby uszu i zatok (ostre schorzenia uszu, zapalenie zatok)

TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?

TAK NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?

TAK NIE

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy pali Pan(i) tytoń?

TAK NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży?

TAK NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO)

Niniejszym oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego)