

Информированное добровольное согласие физиотерапия

Я, _____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я _____ паспорт: _____

выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства: физиотерапия

Медицинским работником _____
(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены: цели оказания медицинской помощи:

Физиотерапия — это метод лечения, который использует физические факторы, такие как тепло, холод, ультразвук, магнитные поля, лазер и другие. В настоящее время физиотерапевтические методики с успехом применяются в урологии в составе комплексной терапии различных заболеваний.

Широкая распространенность физиотерапии в урологии связана с низкой травматичностью. При использовании совместно с медикаментозной терапией эффективность физиотерапии возрастает.

После прохождения курса снижается риск развития рецидивов урологических заболеваний.

основными показаниями к проведению сеансов являются:

хронический бактериальный простатит; копулятивная дисфункция; нейровегетативная простатопатия; хронический простатит на фоне ЗППП после второго этапа антибактериальной терапии; мужское бесплодие, вызванное воспалением простаты; сужение уретры; простатит и аденома простаты, при отсутствии злокачественных новообразований.

Иное

(указать) _____

методы оказания медицинской помощи:

Физиолечение бывает местным или общим. Продолжительность терапии зависит от многих факторов: возраста пациента, типа патологии и степени ее запущенности, наличия в анамнезе хронических заболеваний. Продолжительность стандартного курса обычно составляет 7-10 сеансов, которые проводятся через определенные промежутки времени.

связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что абсолютных противопоказаний к физиолечению нет. Относительными противопоказаниями к методу могут являться: наличие металлических частиц или объектов в организме, а также различные нарушения целостности кожных покровов в местах проведения процедуры. Во время физиопроцедуры риск поражения электрическим током полностью отсутствует.

Иное (указать) _____

возможные варианты медицинских вмешательств:

- Ультразвуковое. Эффект основывается на механическом воздействии ультразвука на ткани, что активизирует местный метаболизм, улучшает кровообращение, способствует купированию воспалительного процесса;

- Электрофорез. Данный метод подразумевает введение лекарственных средств в очаг поражения при помощи постоянного тока;

- Лазеротерапия. На очаги поражения воздействуют лазерным излучением;

- Ударно-волновая терапия (УВТ). Основана на использовании ударных волн. Широко применяется в урологии для лечения простатита, эректильной дисфункции, других патологических состояний;

- Магнитотерапия. Использование магнитного поля показано для лечения простатита, цистита, везикулита. Способ физиотерапии подбирает врач-уролог, индивидуально для каждого пациента с учетом его возраста, вида заболевания, степени его тяжести;

- ТЭС-терапия- метод лечения с помощью транскраниальной электрической стимуляции;

- ЛОД-терапия или фаллодекомпрессия-неинвазивный метод лечения, заключающийся в вакуумной стимуляции кровотока в тканях полового члена;

- Вибромагнитнолазерная терапия- в основе метода лежит воздействие сразу трех видов энергии-вибрации, электромагнитных импульсов и лазерного излучения.

предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Основные эффекты лечения: расширение сосудов, усиление иммунной защиты, нормализация кровообращения, снятие застойных явлений, улучшение метаболизма, снятие воспаления, отечности, улучшение газообмена, повышение тонуса мышц таза, заживление ран, нормализация гормонального фона, устранение бесплодия, восстановление эрекции у мужчин. Достижение максимальной эффективности медикаментозного и хирургического лечения.

Иное

(указать) _____

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы.

Настоящим подтверждаю, что я прочитал/а данный документ и полностью понял/а его содержание. Я извещен/а о сути проведения физиопроцедур. Даю свое согласие на проведение физиопроцедур.

(Подпись)

Ф.И.О. пациента

(Подпись)

Медицинский работник

« _____ » _____ 20____ года