

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA UROGINEKOLOGICZNEGO

Szanowna Pacjentko,

problem, z którym zgłosiła się Pani do fizjoterapeuty jest problemem intymnym, którego przyczyną jest zaburzenie funkcjonalne mięśni dna miednicy. Konieczna jest profesjonalna i dokładna diagnostyka, w celu postawienia właściwego rozpoznania, które z kolei pozwoli stworzyć odpowiedni program terapeutyczny – treningowy dostosowany do Pani indywidualnych potrzeb. W celu zapewnienia jak najlepszej terapii, Pani fizjoterapeuta powinien przeprowadzić badanie przez pochwę i/lub przez odbytnicę. 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 (USG, EMG).

Ze względów natury prawnej prosimy o pisemne wyrażenie zgody na badanie przez pochwową i/lub przez odbytnicę.

Zgoda na badanie oraz potwierdzenie odbycia rozmowy instruktażowej

Oświadczam, że udzieliłam wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić fizjoterapeutę. W okresie wykonywania badania korzystam/nie korzystam z innych świadczeń z zakresu fizjoterapii (w przypadku korzystania proszę wymienić rodzaj świadczeń):

.....

Fizjoterapeuta (imię nazwisko):

przeprowadziła ze mną osobistą rozmowę, podczas której:

- Otrzymałam wszystkie niezbędne informacje dotyczące badania przez pochwę /przez odbytnicę i je zrozumiałam.
- Otrzymałam wszystkie niezbędne informacje o przeciwwskazaniach oraz o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z przeprowadzonym badaniem i je zrozumiałam.
- Miałam możliwość zadania wszelkich pytań i zrozumiałam udzielone mi odpowiedzi.
- Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam wystarczającą ilość czasu.
- Zgodziłam się na ewentualne przeprowadzenie u mnie badania aparaturowego.
- Aparatura oraz jej zastosowanie zostało mi wyjaśnione oraz pokazane.

- Nie miałam i nie mam żadnych więcej pytań.

Powyższe zasady przeczytałam i zrozumiałam. Zostałam poinformowana o alternatywnych możliwościach badania. Zostałam poinformowana o ryzyku towarzyszącym innym metodom badania i konsekwencjach wynikających z zaniechania badania.

Zabiegi dokonywane drogą dopochwową:

- Badanie i ocena funkcjonalna mięśni dna miednicy,
- Mobilizacja struktur mięśniowo–powięziowych,
- Mobilizacja układu nerwowego (nerwu sromowego),
- Elektrostymulacja,
- Biofeedback (USG, EMG, przyrządy do biofeedbacku np. sonda),
- Dobór sondy,
- Mobilizacje wisceralne,
- Mobilizacje blizn po zabiegach chirurgicznych, epizjotomii,
- Detonizacja i aktywacja poszczególnych grup mięśniowych.

Możliwe dolegliwości związane z terapią przez pochwę:

- Bolesność, tkliwość okolicy badanej,
- Dolegliwości bólowe okolicy podbrzusza,
- Podrażnienie śluzówki pochwy,
- Przejściowo zwiększona ilość wydzieliny.

Imię i nazwisko (czytelnie): _____

PESEL: _____

Data: _____

Podpis Pacjenta: _____

Podpis Terapeuty: _____