

INFORMOVANÝ SOUHLAS S PROVEDENÍM OŠETŘENÍ FOKUSOVANOU RÁZOVOU STORZ MEDICAL

Poskytovatel: Regeneratio s.r.o.

Jméno a příjmení:
Tel.:

Datum narození:

Označení výkonu:

Ošetření fokusovanou rázovou vlnou DUOLITH SD1 T-Top STORZ MEDICAL

Popis prováděné služby:

DUOLITH SD1 T-Top je univerzální kompaktní generátor rázových vln, který lze použít k ošetření pomocí středně až vysoce energetických, elektromagneticky generovaných rázových vln. Tyto vlny jsou známé jako fokusovaná rázová vlna (dále též uváděné pod zkratkou F-SW).

Fokusované rázové vlny se vyznačují krátkou délkou impulzu. Jelikož jsou soustředěny do jednoho místa o průměru několika milimetrů, umožňují aplikaci pulzních vln v úzce lokalizované oblasti a také v hlubších vrstvách tkání.

Léčebných účinků radiální rázové vlny se využívá při léčbě bolestivých onemocnění pohybového systému, tj. převážně v ortopedii, revmatologii, neurologii a rehabilitaci. Léčebný proces je realizován přenosem rázové vlny z aplikátoru přístroje s použitím ultrazvukového gelu k bolestivému místu na těle, kde nastartuje hojení tkáně. Aplikace rázové vlny urychluje v poškozené tkáni reparační a regenerační proces hojení převážně stimulací metabolismu tkáně spolu s výrazným zlepšením lokálního prokrvení.

Popis ošetření:

Před vlastní aplikací lékař pohmatem lokalizuje bolestivé místo, kam aplikuje ultrazvukový gel k zajištění cíleného přenosu energie rázové vlny a zamezení ztrát energie během přenosu. Následně pak aplikátorem přenáší rázovou vlnu a pohybuje aplikátorem nad bolestivým místem.

Terapie probíhá podle indikace lékaře v závislosti na diagnóze a charakteru obtíží. Jedna aplikace trvá většinou 5 až 10 minut. Nejčastěji se provádí 3 – 6 aplikací v intervalu 5 až 10 dní.

Indikace:

Ortopedie/Terapie bolesti

- Plantární fasciitida / ostruha patní kosti / bolest paty / plantární ostruha
- Terapie spouštěvých bodů Ošetření spouštěvých bodů v hluboko uložených svalech
- Ošetření spouštěvých bodů v povrchově uložených svalech
- Syndrom myofasciální bolesti / myofasciální spouštěvé body* / akupunkturní body
- Chronická bolest zad (krční a bederní páteř), trapézový sval, spouštěvé body svalů pánevního dna apod.
- Tendinopatie / tendinitida / tendonitida / tendinóza / bolest šlachy Bolesti úponů šlach obecně
- Povrchová úponová tendinitida (oblast peritenonia)
- Bolest ramene s kalcifikacemi nebo bez nich / tendinopatie ramene, m. supraspinatus a/nebo rotátorové manžety (s kalcifikacemi nebo bez nich)

- Epikondylitida (radiální/ulnární humerální) / tenisový loket / golfový loket / úponové bolesti lokte
- Bursitida velkého trochanteru (GTPS) / tendinitida trochanterického úponu / trochanterická bursitida
- Tendinopatie hamstringů
- Syndrom bolestivé čéšky / syndrom iliotibiálního pruhu (frikční) / patelární tendinitida / skokanské koleno
- Syndrom tibiální hrany / syndrom bolestivé holeně / tibiální tendonitida
- Achillodynia / bolest Achillovy šlachy
- Pseudoartróza / špatně se hojící zlomenina / pomalu se hojící zlomenina

Kontraindikace terapie:

- Vzduchem naplněné tkáně (zejména plíce) v oblasti ošetření
- Mozek nebo páteř v oblasti ošetření
- Neléčená koagulopatie (hemofilie)
- Zhoubný nádor v oblasti ošetření
- U dětí v oblasti epifyzárních štěrbin
- Těhotenství
- Užívání antikoagulačních přípravků, zejména warfarinu
- Trombóza v oblasti ošetření
- Ošetření kortizonem v období do 6 týdnů před prvním ošetřením

Varování:

Rázové vlny nesmí být aplikovány na cílové oblasti, které se nacházejí nad vzduchem vyplněnou tkání (plícemi), ani na žádné oblasti v blízkosti velkých nervů, cév, páteře nebo hlavy (s výjimkou oblasti obličeje).

Vedlejší účinky:

- otoky, zarudnutí, hematomy
- petechie
- bolesti
- kožní léze po předchozí terapii kortizonem.

Tyto vedlejší účinky obvykle odezní po 5 až 10 dnech.

Objeví-li se některý z nežádoucích účinků uvedených v informovaném souhlasu, je nutná konzultace s terapeutem či odborným specialistou.

Jsem srozuměn/a s tím, že výsledek nemusí být zcela dle mých představ.

Prohlašuji, že jsem byl/byla poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženým výkonem souhlasím, či nikoli.

Potvrzuji, že jsem nevynechal/a nebo nezměnil/a údaje týkající se mého zdravotního stavu. Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenou službou a výkonem.

Dne:

Podpis: