

Информационный лист

Ваш физиотерапевт предлагает Вам лечение используя технику "Сухого иглоукалывания" (Dry needling).

"Сухое иглоукалывание" является весьма эффективной медицинской процедурой при которой для достижения цели используются особо тонкие иглы, без использования медикаментов,- сухая игла. Сухое иглоукалывание используется для лечения болей и дисфункций являющихся следствием мышечных, синусных проблем, головных болей и неврологических проблем.

Данная методика не является акупунктурной, т. к. акупунктура - часть китайской традиционной медицины, сухое иглоукалывание часть западной медицины которая требует общепринятой диагностики. Существует точное, научно обоснованное понимание сути метода и оно не несет духовного багажа, подобно акупунктуре.

Сухое иглоукалывание изменяет ощущение боли (неврологический эффект), а также способствует расслаблению длительно спазмированных мышц связанному с воздействием в триггерных точках (myofascial trigger points). Кроме того имеют место электрические и химические изменения в теле пациента, способствующие процессу излечения. Важно воспринимать иглоукалывание как одну из частей комплексного лечения. Иглоукалывание не является чудолечением, это неотрывная часть физиотерапевтического лечения. Для достижения максимального результата важно строгое соблюдение пациентом рекомендаций физиотерапевта.

Ваш физиотерапевт имеет квалификацию в различных техниках иглоукалывания. Физиотерапевт выберет иглы необходимой длины и толщины, соответствующие Вашему телосложению и состоянию здоровья, затем введет иглу через кожу в необходимую точку, Вы почувствуете легкий укол. В зависимости от места укола и выбранной техники будет ощущаться некоторые болевые ощущения или просто мышечные сокращения. Эти ощущения нормальны, и способствуют последующему выздоровлению.

Необходимо отметить, что если лечение проводится квалифицированным специалистом риск минимален. Могут наблюдаться небольшие гематомы в месте укола, подобные гематомам от внутримышечных инъекций. В редких случаях могут появляться ощущения тепла, холода, радости и т.д. Все упомянутые симптомы вскоре исчезают, продолжительных побочных эффектов не отмечается.

Если процедура выполняется в области плеча или груди может присутствовать дополнительный риск связанный с близостью легкого:

при проколе легкого могут иметь место симптомы пневмоторакса (попадание воздуха в окололегочное пространство). Это редкое, но серьезное осложнение которое требует быстрого, но без паники, обращения к врачу. Симптомы включают в себя одышку, которая усиливается, острую боль при каждом вдохе, посинение губ, невозможность сделать глубокий вдох. Лечение это редкого осложнения не представляет сложности, и успешно при своевременном обращении.

Если Вы заинтересованы в предлагаемом лечении, если Вы задали все интересующие Вас вопросы и получили на них внятные ответы - подпишите предлагаемый бланк и передайте его Вашему физиотерапевту.

Просим сохранить этот информационный лист.

Согласие на лечение способом "Сухого иглоукалывания"

Заполните данный бланк только после ознакомления с информацией относительно данного метода.

1. Я, _____ (имя, фамилия полностью)

Пациент (достигший 18летнего возраста)

Родитель или законный опекун пациента являющегося моим

_____ (указать степень родства)

_____ (имя, фамилия полностью)

Даю свое согласие на лечение методом сухого иглоукалывания физиотерапевтом _____ (имя, фамилия)

Мне разъяснено, что указанный специалист имеет соответствующую квалификацию и разрешение на проведение процедуры.

2. Даю согласие на лечение сухим иглоукалыванием следующих частей тела:

3. Я получил полное разъяснение относительно техники процедуры и ответы на все беспокоившие меня вопросы. Я прочел приложенный информационный лист и нахожусь в состоянии позволяющем мне объективно оценить риск процедуры.

4. Я понимаю, что процедура является лишь частью необходимого лечения и обязуюсь выполнять все указания физиотерапевта.

5. Я знаю, что любая жалоба, связанная с процедурой, будет рассмотрена в мировом суде и податель иска несет ответственность по оплате судебных издержек.

6. Я заявляю, что физиотерапевт не несет ответственности за непредсказуемые, неожиданные результаты процедуры.

Дата ____ / ____ / ____

Время ____ / ____

Подпись _____

Свидетель _____