

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA

1. Oświadczam, że przed przystąpieniem:

przez(imię i nazwisko pacjenta), którego/której jestem opiekunem prawnym,

do terapii w komorze hiperbarycznej **zostałem/am szczegółowo i zrozumiale poinformowany/a o:**

- **przeciwwskazaniach bezwzględnych – ciąża, ciężka choroba płuc, odma opłucnowa, aktualnie prowadzona chemioterapia (leczenie adriamycyną, cis-platyną, disulfiramem, sylfamylozem),**
- **względnych (wymagających konsultacji medycznej) – astma oskrzelowa, zapalenie zatok ubocznych nosa, ostre schorzenie uszu, gorączka, zapalenie układu oddechowego, infekcje wirusowe i bakteryjne, choroby płuc z ostrym zatruciem dwutlenkiem węgla, rozrusznik serca i inne implanty medyczne, rozsiana choroba nowotworowa, stan po zabiegach operacyjnych w obrębie klatki piersiowej, ucha, układu oddechowego, zapalenie nerwu wzrokowego.**

2. Oświadczam, że **zostałem/am szczegółowo i zrozumiale poinformowany/a** przez personel obsługujący komorę hiperbaryczną, **o rzadko występujących efektach ubocznych**, które mogą wystąpić po zabiegu w komorze hiperbarycznej tj.:

- **zatruciu tlenem jeśli zostanie podany w zbyt wysokim stężeniu, w zbyt długim okresie,**
- **urazie ciśnieniowym uszu, zatok, płuc, wywołanym podwyższonym ciśnieniem w komorze hiperbarycznej,**
- **powikłaniem zatrucia tlenem hiperbarycznym może być zwłóknienie tkanki płucnej.**

Są to sporadyczne powikłania, występujące głównie przy zastosowaniu przekroczonych wartości ciśnień i stężeń tlenu.

3. Oświadczam, że poinformowano mnie, że w trakcie terapii w komorze i jej zakończeniu **mogą wystąpić objawy niepożądane: zmęczenie, ból głowy i uszu, krwawienie z nosa, wymioty, przejściowe zaburzenia ostrości widzenia, pogłębienie zaćmy, hipoglikemia u pacjentów z cukrzycą, ograniczenie pola widzenia.**

4. Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę udział (imię i nazwisko pacjenta) w terapii, w komorze hiperbarycznej.

5. Oświadczam, że nie będę występował/a z roszczeniami do Novamed Sp. z o.o. jak i personelu w przypadku:

- **wystąpienia nieprzewidzianych reakcji organizmu,**
- **gdy terapia hiperbaryczna nie przyniesie oczekiwanych rezultatów,**
- **oraz w innych niezależnych od Novamed Sp. z o.o. okoliczności.**

.....
data i czytelny podpis opiekuna prawnego pacjenta