

טופס הסכמה והצהרת בריאות – קריוטרפיה בסאונת קור

אני: _____ ת.ז.: _____ ת.לידה: ____/____/____
כתובת: _____ נייך: _____
מייל: _____ מעוניין/ת לבצע קריוטרפיה בסאונת קור
סיבת הפנייה: _____

הוסבר לי כי הסיכונים בביצוע קריוטרפיה בסאונת קור עשויים להיות:

- הפוקסיה (רמות נמוכות של חמצן ברקמות), שעשויה להיגרם במידה ומתעלמים מהוראות המטפל ועשויה להוביל לאיבוד הכרה זמני והפיך.
 - כוויות קור שטחיות על העור, בעיקר על הרגליים.
- אני מצהיר/ה בזאת שאיני סובל/ת מאף אחד מהמצבים המפורטים מטה, מצבים שאינם מאפשרים חשיפה לטיפול קריוטרפיה בסאונת קור:**

- מצב כללי לא טוב
- מחלות לב כרוניות
- אוטם כרוני של שריר הלב, או המצאות בתקופת החלמה מאוטם שריר הלב
- רמה שניה או שלישית של לחץ דם גבוה – 180/100
- שלב 2 של כשל לבבי
- הפרעות קצב עם צפי שלילי
- תסמונת ריינו, Acrocyanosis, דלקת כלי דם מערכתית
- Cryoglobulinemia, agammaglobulinemia, criofibrinogenemia
- ארוע מוחי
- חום גבוה
- שחפת ראתית פעילה
- גידולים ממאירים
- מחלות דימום
- תת פעילות של בלוטת התריס
- נזירוזיס היסטרי
- אי סבילות לקור
- Cold urticaria
- הריון
- מתחת לגיל 10

אין מניעה לבצע טיפול בסאונת קור לבעלי שתלים (סיליקון, מוטות מתכת ופלטינות).

אופן הטיפול בסאונת הקור ומטרתו כמו גם היתרונות והסיכונים של טיפול זה הוסברו לי בצורה ברורה על ידי _____, אני מצהיר/ה בזאת כי אני מודע/ת לסכנות אלו ומקבל/ת אותן, אני מבין/ה את טבעו של הטיפול, אני מעוניין/ת לעבור את הטיפול וידוע לי כי איש לא יכול לתת הבטחה או אחריות לתוצאות הטיפול והוסבר לי כי אין מדובר במכשיר ו/או טיפול רפואי.

חתימה _____ תאריך: _____