

Patsiendi terviseküsimustik hüperbaarilises hapnikuteraapias (HBOT) osalemiseks

Oma allkirjaga kinnitan, et minu kohta esitatud andmed on tõesed. Nõustun, et minu andmeid töödeldakse vastavalt Spordimeditsiini SA andmekaitsetingimustele (www.sportmed.ee).

Olen teadlik, et HBOT ei asenda meditsiinilisi ravimeetodeid. Konsulterige oma tervisliku seisundi osas kvalifitseeritud arstiga. Olen teadlik HBOT vastunäidustustest ja kõrvalmõjudest.

Eesnimi _____ Perekonnanimi _____

Address _____

Telefon _____ E-post _____

Sugu: M N Sünnikuupäev _____

Järgnev terviseküsimustik selgitab välja, kas Te vajate arstlikku läbivaatust enne hüperbaarilist hapnikuteraapiat.

Palun vastake allolevatele küsimustele **JAH** või **EI**. Kui vastate ühele või mitmele küsimusele jaatavalt, siis peate enne ravile tulekut konsulteerima kvalifitseeritud arstiga ning saama arstitõendi HBOT sobivuse kohta.

Kas Teil on mõni all loetletud **absoluutsetest** HBOT **vastunäidustustest** või kas Te kasutate hetkel mõnda järgnevas loetelus mainitud ravimit?

| | | |
|---|-----|----|
| Ravimata pneumotooraks | JAH | EI |
| Äge raske bronhospasm | JAH | EI |
| Ventileerimata kopsuõõned | JAH | EI |
| Ravimite kasutamine: bleomütsiin, tsisplatiin, disulfiraam (antabuse), doksorubiinvesinikkloriid (adriamütsiin), mafeniidatsetaat (sulfamüloon) | JAH | EI |

Kas teil on mõni all loetletud **suhtelistest vastunäidustustest**?

| | | |
|---|-----|----|
| ülemiste hingamisteede infektsioon (larüngiit, sinusiit, bronhiit) | JAH | EI |
| emfüseem koos CO2 peetusega | JAH | EI |
| röntgenpildil nähtavad rindkere asümptomaatilised õhutsüstid kopsudes | JAH | EI |
| allergiline nohu | JAH | EI |
| krooniline kõrvapõletik | JAH | EI |
| krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK) | JAH | EI |
| rindkere operatsioon minevikus | JAH | EI |
| LOR operatsioonid | JAH | EI |
| epilepsia | JAH | EI |
| optiline neuriit (nägemisnärvi põletik) | JAH | EI |
| kontrollimatu hüpertensioon | JAH | EI |
| kontrollimatu kõrge palavik | JAH | EI |

| | | |
|---|-----|----|
| südamepuudulikkus | JAH | EI |
| südamestimulaator | JAH | EI |
| epiduraalne valupump | JAH | EI |
| rasedus | JAH | EI |
| klaustrofoobia | JAH | EI |
| neoplaasia | JAH | EI |
| kaasasündinud sferotsütoos | JAH | EI |
| kontrollimatu ja/või ebastabiilne astma | JAH | EI |

Kas soovite HBOT abil ravida mõnda loetletud näidustustest?

| | | |
|--|-----|----|
| Kompressioon trauma | JAH | EI |
| Diabeetilised jalahaavandid | JAH | EI |
| Põrutusjärgne sündroom (PCS) pärast kerget traumaatilist ajukahjustust | JAH | EI |
| Tserebrovaskulaarne insult (CVI) – insult | JAH | EI |
| Silmakahjustused | JAH | EI |
| Interstitsiaalne tsüstiit/valuliku põie sündroom | JAH | EI |
| Autism (ainult lapsed, vanuses 2-16 aastat) | JAH | EI |

Kinnitan, et minu tervisliku seisundi kohta esitatud teave on täpne ja teavitan ülalnimetatud asutust ja protseduuri läbi viivat õde, kui minu tervislikus seisundis toimub muutuseid.

Allkiri

Kuupäev

Alaealise patsiendi lapsevanema või eestkostja allkiri

Kuupäev