

## **ZASADY KORZYSTANIA Z KRIOKOMORY W SIEDLECKIM OŚRODKU REHABILITACJI I FIZJOTERAPII (SORiF) MAZOWIECKIEGO SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W SIEDLCACH SP. Z O.O.**

1. Pacjent chcący skorzystać z zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej winien posiadać ze sobą imienne, pisemne skierowanie lekarskie.
2. Fizjoterapeuta ma prawo do odmowy wykonania zabiegu Pacjentowi, u którego występują przeciwwskazania.
3. Przed skorzystaniem z zabiegów, w czasie ich trwania lub podczas serii zabiegów nie wolno przyjmować żadnych leków ani poddawać się żadnym innym zabiegom medycznym lub paramedycznym bez konsultacji z lekarzem prowadzącym bądź kierującym na zabieg lub fizjoterapeutą.
4. Należy pamiętać, aby na 2 godziny przed zabiegiem ciało nie było nawilżane. Nie wolno brać kąpieli, smarować skóry kremem, balsamem itp.
5. Pacjent zobowiązany jest do przestrzegania higieny osobistej, zaleceń przygotowania się do zabiegu oraz innych regulacji organizacyjnych SORiF
6. Pacjent zobowiązany jest przyjść 10-15 minut przed umówioną godziną w celu przygotowania się do zabiegu. Umówiona godzina zabiegu jest godziną jego rozpoczęcia.
7. Przed skorzystaniem z zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej pacjent zobligowany jest do skorzystania z szatni SORiF oraz pozostawienia odzieży i rzeczy osobistych w zamkniętych szafkach.
8. Przed wejściem do kriokomory należy zdjąć wszystkie metalowe przedmioty (biżuteria, zegarek itp.)
9. Przed wejściem do kriokomory należy dokładnie osuszyć ciało ręcznikiem z nadmiaru wilgoci (potu)
10. Wejście do kriokomory odbywa się wyłącznie w odpowiednim stroju:
  - spodenki (bawełniane lub frotte)
  - koszulka z krótkim rękawem (bawełniana lub frotte) - kobiety
  - skarpetki do kolan (bawełniane lub frotte)
  - rękawiczki (bawełniane lub frotte)
  - opaska na uszy (bawełniana lub frotte)
  - obuwie z drewnianą podeszwą ( na wyposażeniu gabinetu)
  - maseczka ochronna na usta (na wyposażeniu gabinetu)
11. W kriokomorze mogą przebywać maksymalnie 3 osoby.
12. Podczas zabiegu wskazany jest płytki oddech. Wdech powinien być dwa razy krótszy niż wydech (szybkie i znaczne ochłodzenie dróg oddechowych może doprowadzić do skurczu oskrzelików i trudności w oddychaniu).
13. Podczas trwania zabiegu wskazane jest poruszanie się w miejscu lub chodzenie
14. Zabrania się klaskania w dłonie, pocierania i poklepywania powierzchni ciała, dotykania ścian kriokomory, dotykania innych uczestników sesji krioterapii.
15. W przypadku omdleń w kriokomorze podczas zabiegu, nie należy wpadać w panikę. Należy wykonywać polecenia obsługi kriokomory.
16. Jeśli podczas zabiegu dojdzie do zasinienia skóry, bólu, pieczenia lub jakichkolwiek objawów złego samopoczucia należy natychmiast powiadomić osobę prowadzącą zabieg lub opuścić kriokomorę.
17. O zakończeniu zabiegu Pacjent informowany jest przez sygnał dźwiękowy bądź personel obsługujący kriokomorę.

**ZASADY KORZYSTANIA Z KRIOKOMORY W SIEDLECKIM OŚRODKU  
REHABILITACJI I FIZJOTERAPII (SORiF) MAZOWIECKIEGO SZPITALA  
WOJEWÓDZKIEGO W SIEDLCACH SP. Z O.O.**

18. Po zakończeniu zabiegu i opuszczeniu kriokomory należy zdjąć maseczkę, rękawiczki, opaskę i obuwie ochronne, zsunąć podkolanówki oraz udać się na ćwiczenia fizyczne w celu rozgrzania organizmu zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Imię.....  
Nazwisko.....  
Adres.....  
PESEL.....  
Telefon.....

Po zapoznaniu się z:

- Informacjami ogólnymi dotyczącymi zabiegu w kriokomorze a szczególnie
- Przeciwwskazaniami, wskazaniami oraz ewentualnymi dającymi się przewidzieć skutkami dla mojego zdrowia w trakcie jak i po zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej oraz
- Zasadami korzystania z kriokomory w Siedleckim Ośrodku Rehabilitacji i Fizjoterapii Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach Sp. z o.o.

Wyrażam świadomą zgodę na odbycie zabiegów w kriokomorze.

Siedlce dn. ....  
(Czytelne Imię i Nazwisko Pacjenta/ Opiekuna Prawnego)

**Przekazałem/am personelowi medycznemu SORiF wszystkie znane mi informacje dotyczące mojego aktualnego stanu zdrowia i leczenia oraz zobowiązuję się do bieżącego informowania personelu o nowych okolicznościach w tym zakresie.**

Siedlce dn. ....  
(Czytelne Imię i Nazwisko Pacjenta/ Opiekuna Prawnego)