

Gdynia,

Informacje dla rodziców

Szanowni Państwo,

w związku z planowanym rozpoczęciem zabiegów elektrostymulacji u w terminie przekazujemy informacje, jak wspomóc dziecko w takiej formie zajęć logopedycznych.

Aby złagodzić stres towarzyszący dziecku przed zabiegiem oraz odpowiednio je przygotować, prosimy o codzienne masaże dziecka w obrębie twarzy (policzki, dookoła ust, okolice stawów skroniowo- żuchwowych, pod brodą), ale także wewnątrz buzi (głównie wierzch i spód języka). Buzię można głaskać, delikatnie oszcypywać, oklepywać. Sugerujemy, aby posłużyć się masażerem logopedycznym, tzw. zimnym paluchem lub miękką szczoteczką elektryczną. Chodzi o odwrażliwienie tych okolic, które będą stymulowane, przyzwyczajenie do wibracji oraz o przygotowanie dziecka do sytuacji, która nie zawsze jest dla niego komfortowa. Być może pomocna okaże się obecność Rodzica podczas pierwszego zabiegu. Jeśli mają Państwo taką możliwość, zapraszamy do współpracy.

Ważne, żeby porozmawiać z dzieckiem, że taki zabieg jest planowany, że Państwo o nim wiecie i zgadzacie się na niego, opowiedzieć, na czym polega (w razie pytań służymy pomocą podczas konsultacji), zapewnić, że nie jest bolesny, ale może okazać się „dziwny”, może łaskotać, dawać wrażenie, że po buzi wędrują mrówki, ale zawsze będzie przerwany, jeśli okaże się zbyt trudny do wytrzymania dla dziecka.

Zapewniamy, że nie robimy niczego na siłę. To dziecko decyduje, jak długo będzie podpięte do elektrostymulatora. Przed zabiegiem pokazujemy dziecku sprzęt i opowiadamy, do czego służy.

Zaznaczamy, że terapia może nie przynieść zadowalających efektów, w takich sytuacjach zaleca się powtórzyć turnus po około miesiącu przerwy.

Aby utrzymać efekty terapii zaleca się stosować w wskazówek terapeuty prowadzącego.

.....
podpis rodzica

Centrum Rozwoju Dziecka „Zakątek Agi”

ul. Deszczowa 4
81-577 Gdynia

tel. 690 608 693
kontakt@zakatekagi.pl

www.zakatekagi.pl

Zgoda rodzica na zabiegi elektrostymulacji aparatem VitalStim Plus

Informacje o stanie o zdrowia dziecka

Imię i nazwisko pacjenta

Pesel

1. Diagnoza pacjenta wg orzeczenia, opinii

2. Czy pacjent przebył zabiegi operacyjne? Jakiej? Kiedy?

.....

3. Pacjent ma wszczepiony:

Rozrusznik serca: TAK/NIE; endoprotezę: TAK/NIE;

Implant ślimakowy: TAK/NIE

4. Czy pacjent ma rozpoznaną chorobę nowotworową: TAK/NIE

5. Czy pacjent choruje na epilepsję: TAK/NIE

6. Czy pacjent ma egzemę, alergię, AZS lub inne zmiany skórne: TAK/NIE

7. Leki zażywane przez pacjenta:

.....

8. Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia:

.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie terapii:

Elektrostymulacja aparatem VitalStim Plus

Niniejszym świadomie oświadczam, że podałam/ podałem wyczerpująco wszystkie informacje dotyczące dziecka stanu zdrowia i zapoznałem się z wytycznymi dotyczącymi terapii.

.....

Data i podpis

Miejsce i data:.....

ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA

Dane dziecka:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Proszę o wyrażenie opinii o braku przeciwwskazań do przeprowadzenia zabiegu elektrostymulacji prądami o niskiej częstotliwości: NMES/EMG (elektrostymulator VitalStim Plus).

Zabiegi wykonywane są w obrębie twarzy, jamy ustnej i szyi w celu:

.....

Częstotliwość i czas trwania impulsu dobierane są indywidualnie do potrzeb pacjenta.

Pacjent na bieżąco będzie obserwowany podczas zabiegu.

Czas trwania zabiegu: od 5 do 30 min (czas uzależniony od wieku i potrzeb pacjenta).

Pakiet zabiegów: zabiegi realizowane są w seriach. Po serii zabiegów należy zrobić przerwę i w razie potrzeby serię powtórzyć.

Zabiegi wykonywane są w „Zakątku Agi” Julia Piotrowska w Gdyni.

Zaświadczenie wydaje się:

bezterminowo

terminowo – na okres od do

.....

podpis lekarza