



Дневник тестовой стимуляции



ST. JUDE MEDICAL™
MORE CONTROL. LESS RISK.

Что такое Период Тестовой стимуляции?

Тестовый период – это возможность понять, подходит ли Вам нейростимуляция. Вы можете оценить, снижает ли стимуляция боль, прежде чем пройти операцию постоянной имплантации. По окончании тестового периода, Вы обсудите с врачом, подходит ли Вам стимуляция, и стоит ли продолжать терапию, имплантировав постоянную систему.

На что обратить внимание

Перед беседой с врачом, внимательно прислушайтесь к себе: контролирует ли нейростимуляция Вашу боль, какой эффект оказывает стимуляция на Вашу жизнь?

Мы предлагаем несколько вопросов, над которыми стоит задуматься во время Вашего тестового периода:

- **Снижает ли нейростимуляция уровень боли?**

Пожалуйста, не забывайте, что скорее всего Вы будете испытывать определенный дискомфорт из-за процедуры имплантации электродов. Оценивать следует снижение уровня Вашей хронической боли, в тех местах, где она локализовалась до операции.

- **Активнее ли проходит мой день?**

Не забывайте отмечать любое повышение активности в течение тестового периода. Иногда на помощь могут прийти Ваши близкие, со стороны оценивая, насколько Вы стали активнее.

- **Насколько мне комфортно с ощущениями от стимуляции?**

Оценка Вашего восприятия стимуляции – это в том числе то, ради чего проводится тестовый период.



Какова моя роль во время тестового периода?

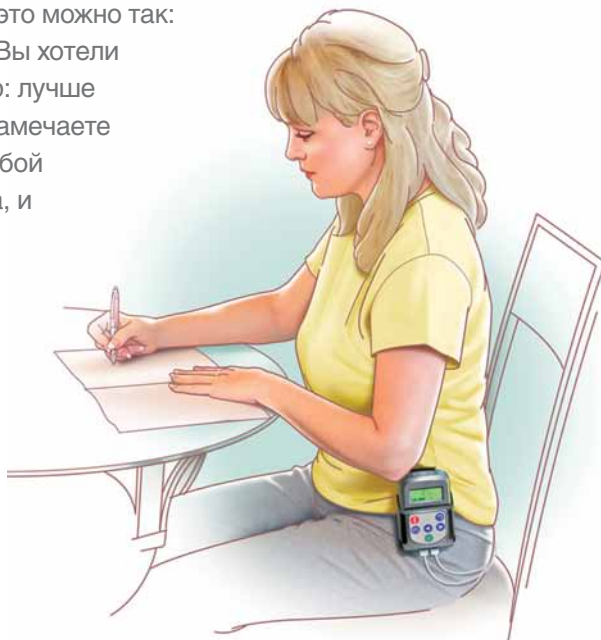
Период тестовой стимуляции – ответственный период для Вас, во время которого Вы должны определить, снимает ли нейростимуляция Вашу боль. К концу периода, Вы должны, не колеблясь, сделать выбор: следует ли устанавливать систему. Далее мы предлагаем несколько рекомендаций, чтобы помочь Вам тщательно и взвешенно подойти к оценке стимуляции.

Ставьте перед собой реальные цели

Хороший способ оценить, подходит ли Вам стимуляция – это сравнить то, как Вы справлялись с какой-нибудь определенной деятельностью до и после стимуляции. Сделать это можно так: представьте простую деятельность, которую бы Вы хотели улучшить во время тестового периода, например: лучше спать или дольше сидеть. А затем посмотрите, замечаете ли Вы улучшения в этих областях. Ставя перед собой цели, всегда придерживайтесь инструкции врача, и рекомендации в Руководстве пользователя по Вашему *MTS* – тестовому стимулятору.

Фиксируйте свой опыт

Отслеживая свой день, Вы поможете доктору понять, насколько Вы хорошо реагируете на стимуляцию, какие параметры подходят Вам больше всего. Для записи используйте Дневник Тестового периода на каждый день, который расположен на последних страницах этой брошюры.



Следуйте рекомендациям Вашего врача

Ваш врач проинструктирует Вас, что нужно делать во время тестового периода. Например, он скажет Вам, как ухаживать за областью имплантации электродов, какие движения Вам не следует делать. На забудьте спросить, какие Ваши хобби и повседневные дела Вам можно делать во время тестового периода. Очень важно следовать всем советам врача, это поможет избежать возможных осложнений, таких как смещение электродов или инфицирование. Возможно, Вам понадобится поддержка Ваших близких во время тестового периода. Обратитесь к Вашему руководству пользователя по Тестовому Стимулятору MTS.



Попросите настроить стимуляцию

Несколько дней после операции место имплантации может причинять определенный дискомфорт, это может отвлечь Вас от верных ощущений по стимуляции. Если после того, как боль от операции уменьшилась, Вы чувствуете изменения в стимуляции или понимаете, что эффект снятия боли пропал, Ваш доктор может внести изменения в настройки вашей программы, чтобы найти самую оптимальную программу стимуляции для Вас.

Подготовьтесь к беседе с врачом

В конце этой брошюры Вы найдете краткий справочник по Беседе с врачом, который поможет Вам суммировать Ваши наблюдения, также в справочнике изложены примерные темы обсуждения после того, как будут удалены тестовые электроды.

Важное напоминание

В день удаления системы, пожалуйста, принесите врачу заполненные формы, перечисленные ниже. Эти формы помогут Вам сравнить уровень боли и Вашу активность до и после тестового периода.

- *Справочник по беседе с врачом*
- *Дневник Тестовой стимуляции*

Я хочу как можно лучше оценить эффект от стимуляции. Как мне это сделать?

Во время тестового периода важно сфокусироваться на том, как стимуляция может помочь Вам в течение длительного времени. Подумайте, какие функции, улучшающие качество жизни, Вы можете восстановить, а так же насколько приемлемо для Вас ощущение от стимуляции, и покрывает ли она области боли.

Исследуйте сами

Самый лучший способ оптимизировать результат и спокойно принять важное решение – это знать как можно больше о нейростимуляции. Читайте все предложенные материалы, включая эту брошюру.

Ищите единомышленников

Во время тестового периода, Вам может потребоваться поддержка от Вашей семьи или друзей. Вы можете так же обратиться в социальные группы тех, кто прошел терапию стимуляцией.



Общайтесь с семьей и друзьями

Ваша семья и друзья могут значительно облегчить период тестовой стимуляции, и даже сделать его намного более успешным. Объясните им, каким образом они могут Вас поддержать, физически и эмоционально, во время Вашего тестового периода.

- Поделитесь причиной, по которой вы решили попробовать нейростимуляцию, и почему это так важно для Вас.
- Объясните как проходит оценка тестового периода, и как они могут помочь в этом.
- Попросите их отмечать все изменения, которые они заметят.
- Обсудите все ограничения, которые, возможно, у Вас будут.
- Если у Вас депрессия, или Вы стали более эмоциональными, расскажите об это Вашим близким. Если депрессия усугубляется, свяжитесь с Вашим доктором.



Не забывайте про дневник

Во время тестового периода нейростимуляции, отмечайте изменения в дневнике тестовой стимуляции; форма для заполнения расположена в конце этой брошюры. После завершения тестового периода, обсудите с врачом, подходит ли Вам нейростимуляция. Ваши заметки в дневнике помогут при обсуждении.

Что такое Дневник Тестовой Стимуляции?

Специально разработанные формы для заполнения Дневника помогут Вам отслеживать как нейростимуляция влияет на Вашу боль и как она работает в течение всего дня во время тестового периода. В форме есть вопросы, какие настройки были для Вас самыми эффективными в этот день, насколько комфортны были ощущения от стимуляции, и как стимуляция влияет на качество жизни в целом.

Как заполнять форму Дневника тестовой стимуляции?

Заполняйте формы Дневника ежедневно во время Тестового периода. Как это делать, описано в следующей главе. Проверьте, что вы заполнили все графы, не забывайте писать разборчиво. Для наиболее эффективной оценки, пробуйте разные установки, периодически выключайте стимулятор, так, как Вам прописал врач. Если Вам необходимы еще формы Дневника, спросите Вашего врача.

Справочник по вопросам в Дневнике

В Дневнике, который Вы будете заполнять каждый день, Вам следует описывать Ваши ощущения от стимуляции. После заполнения графы Дата, напишите следующее:

Какая программа была сегодня самой эффективной? Если у Вас установлено более одной программы, запишите номер программы, которая обеспечивала самое лучшее облегчение боли. Если у Вас установлена только одна программа, напишите «1».

Заштрихуйте область стимуляции и/или область, где стимуляция не перекрывала боль. Обведите область самой сильной боли. Создайте карту стимуляции по образцу, закрашивая область, где Вы ощущаете боль и стимуляцию, спереди и со спины. Далее отметьте область, где остается самая интенсивная боль. Возможно Вам понадобятся карандаши или ручки разных цветов, чтобы различать боль и стимуляцию.

Запишите в процентах снижение боли в самой активной области. Запишите на сколько процентов снизилась боль в результате воздействия стимуляции. Просмотрите свои предыдущие отметки о боли до начала тестовой стимуляции, чтобы лучше определить уровень облегчения боли.

Отметьте уровни боли при определенных видах деятельности. Запишите число от нуля (отсутствие боли) до 10 (нестерпимая боль) во время перечисленных видов деятельности.

Заштрихуйте количество полос, которое Вы видите на дисплее, во время самого наибольшего облегчения боли. Экран внешнего стимулятора отображает определенное количество вертикальных полос в зависимости от установок программы. Отметьте на графике, сколько полос отображается на экране, когда Вы ощущаете наилучший эффект.

Оцените ощущения от стимуляции. Отметьте галочкой, как Вы ощущаете стимуляцию, напротив соответствующего пункта списка.

Оцените эффективность программы. Оцените общую эффективность программы, поставьте галочку напротив самого подходящего пункта списка.

Определите изменения Вашего физического и эмоционального состояния, которые заметны Вам и вашему окружению. Спросите Вашу семью, друзей, коллег, какие изменения они заметили.

Формы для заполнения.

Имя: ЛИДИЯ ВОЛКОВА

Дата: 1 МАЯ

Какая программа была сегодня самой эффективной?

Программа № 2

Заштрихуйте область стимуляции и/или область, где стимуляция не перекрывала боль. Обведите область самой сильной боли.



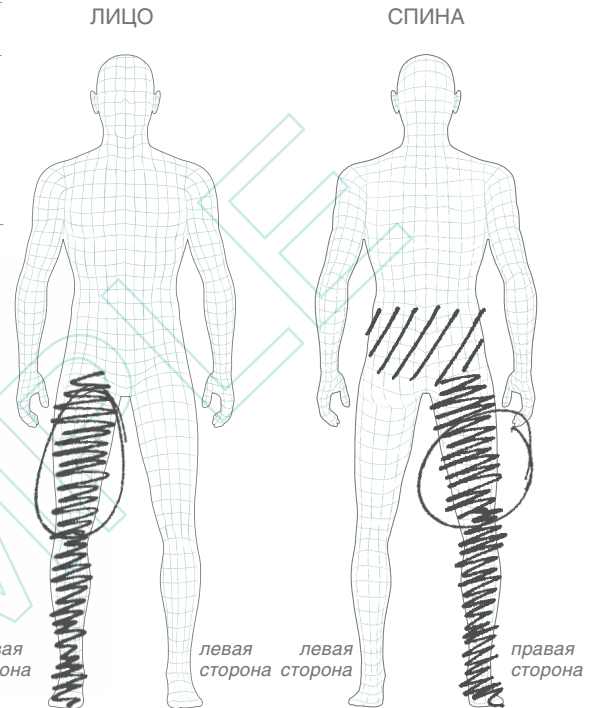
= Стимуляция



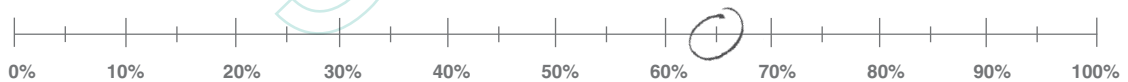
= Боль есть, стимуляции нет



= Самая сильная боль



Запишите в процентах снижение боли в самой активной области.



Комментарии: СТИМУЛЯЦИЯ ПЕРЕКРЫЛА БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ БОЛИ, НО ПОЯСНИЦА

ВСЕ РАВНО БОЛЕЛА

Отметьте уровни боли при определенных видах деятельности из списка.
(по шкале от 0 до 10, где 10 – самая сильная боль).

3 Сидя

1 Стоя

2 При ходьбе

3 Во время сна

Комментарии: Я СМОГЛА ПРОСИДЕТЬ В МАШИНЕ ЦЕЛЫХ ПОЛАСА, А РАНЬШЕ ТОЛЬКО 10 МИНУТ

Оцените, было улучшение во время следующих ситуаций?

Да Нет Смогли ли Вы дольше сидеть?

Да Нет Смогли ли Вы дольше идти или стоять?

Да Нет Было улучшение при рутинных видах деятельности (например при готовке еды, во время работы или уборки по дому)?

Комментарии: ХОТЯ СПИНА ВСЕ ЕЩЕ БОЛЕЛА, Я ХОДИЛА ВМЕСТЕ ДОЧЕРЬЮ В СУПЕРМАРКЕТ ЗА ЕДОЙ

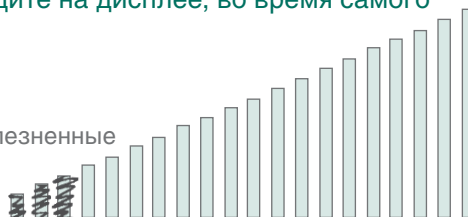
Заштрихуйте количество полос, которое Вы видите на дисплее, во время самого наибольшего облегчения боли.

Оцените Ощущения от стимуляции.

Приятные Комфортные Некомфортные Болезненные

Оцените общую эффективность программы

Прекрасно Хорошо Удовлетворительно Неэффективно



Определите изменения вашего физического и эмоционального состояния, которые заметны Вам и Вашему окружению.

Я СМОГЛА ДОЛЬШЕ СИДЕТЬ, КАК УЖЕ ДАВНО НЕ МОГЛА.

МОЯ ДОЧЬ ОТМЕТИЛА, ЧТО Я МОГУ ДЕЛАТЬ БОЛЬШЕ, ЧЕМ РАНЬШЕ

Формы для заполнения.

Имя: _____

Дата: _____

Какая программа была сегодня самой эффективной?

Программа № _____

Заштрихуйте область стимуляции и/или область, где стимуляция не перекрывала боль. Обведите область самой сильной боли.



= Стимуляция



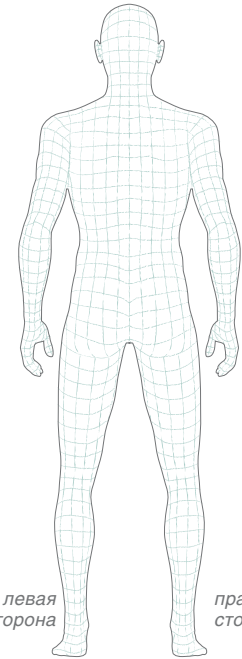
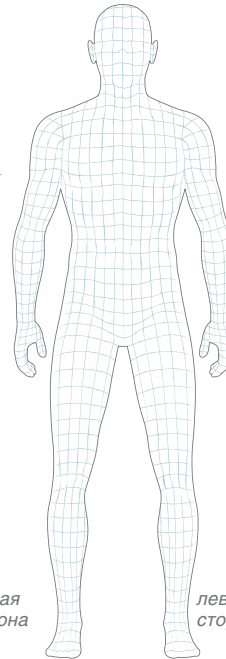
= Боль есть, стимуляции нет



= Самая сильная боль

ЛИЦО

СПИНА



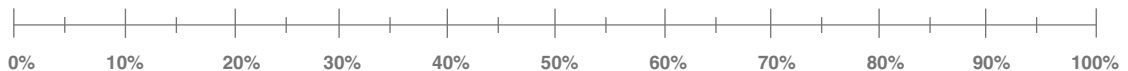
правая
сторона

левая
сторона

левая
сторона

правая
сторона

Запишите в процентах снижение боли в самой активной области.



Комментарии: _____

Отметьте уровни боли при определенных видах деятельности из списка.
(по шкале от 0 до 10, где 10 – самая сильная боль).

___ Сидя

___ Стоя

___ При ходьбе

___ Во время сна

Комментарии: _____

Оцените, было улучшение во время следующих ситуаций?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше сидеть?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше идти или стоять?

___ Да ___ Нет Было улучшение при рутинных видах деятельности (например при готовке еды, во время работы или уборки по дому)?

Комментарии: _____

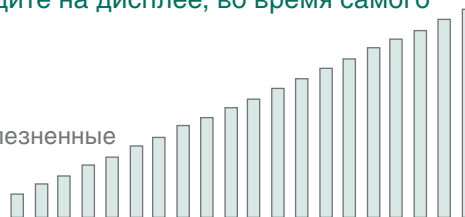
Заштрихуйте количество полос, которое Вы видите на дисплее, во время самого наибольшего облегчения боли.

Оцените Ощущения от стимуляции.

Приятные Комфортные Некомфортные Болезненные

Оцените общую эффективность программы

Прекрасно Хорошо Удовлетворительно Неэффективно



Определите изменения Вашего физического и эмоционального состояния, которые заметны Вам и Вашему окружению.

Формы для заполнения.

Имя: _____

Дата: _____

Какая программа была сегодня самой эффективной?

Программа № _____

Заштрихуйте область стимуляции и/или область, где стимуляция не перекрывала боль. Обведите область самой сильной боли.



= Стимуляция



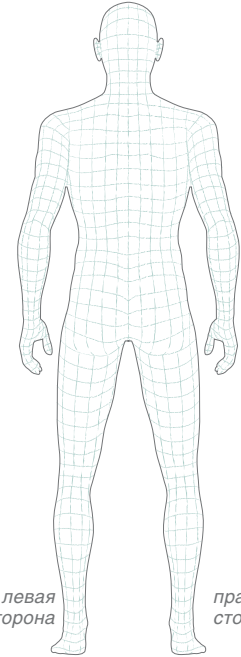
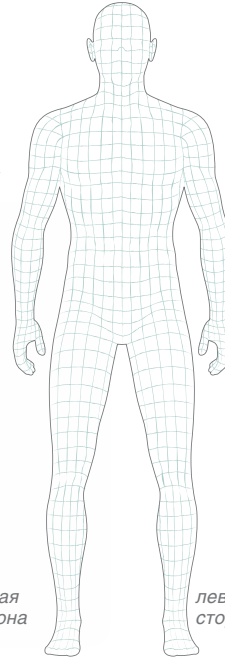
= Боль есть, стимуляции нет



= Самая сильная боль

ЛИЦО

СПИНА



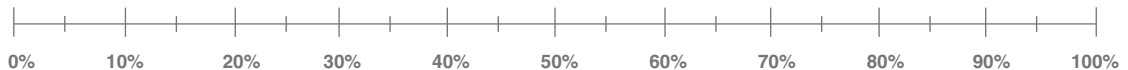
правая
сторона

левая
сторона

левая
сторона

правая
сторона

Запишите в процентах снижение боли в самой активной области.



Комментарии: _____

Отметьте уровни боли при определенных видах деятельности из списка.
(по шкале от 0 до 10, где 10 – самая сильная боль).

___ Сидя

___ Стоя

___ При ходьбе

___ Во время сна

Комментарии: _____

Оцените, было улучшение во время следующих ситуаций?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше сидеть?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше идти или стоять?

___ Да ___ Нет Было улучшение при рутинных видах деятельности (например при готовке еды, во время работы или уборки по дому)?

Комментарии: _____

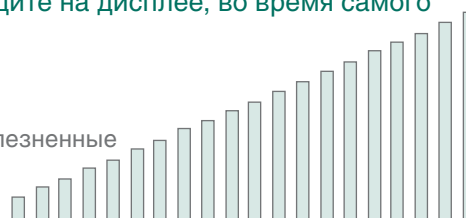
Заштрихуйте количество полос, которое Вы видите на дисплее, во время самого наибольшего облегчения боли.

Оцените Ощущения от стимуляции.

Приятные Комфортные Некомфортные Болезненные

Оцените общую эффективность программы

Прекрасно Хорошо Удовлетворительно Неэффективно



Определите изменения Вашего физического и эмоционального состояния, которые заметны Вам и Вашему окружению.

Формы для заполнения.

Имя: _____

Дата: _____

Какая программа была сегодня самой эффективной?

Программа № _____

Заштрихуйте область стимуляции и/или область, где стимуляция не перекрывала боль. Обведите область самой сильной боли.



= Стимуляция



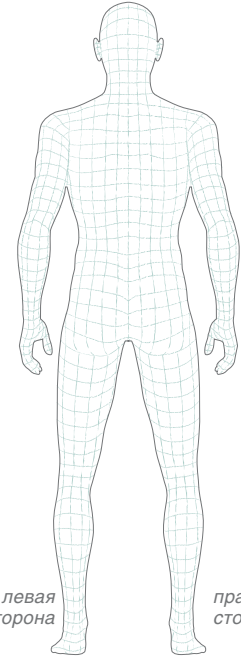
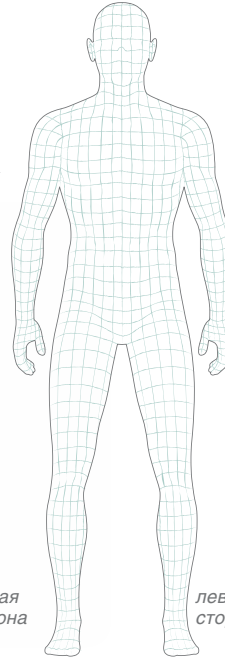
= Боль есть, стимуляции нет



= Самая сильная боль

ЛИЦО

СПИНА



правая
сторона

левая
сторона

левая
сторона

правая
сторона

Запишите в процентах снижение боли в самой активной области.



Комментарии: _____

detach here

Отметьте уровни боли при определенных видах деятельности из списка.
(по шкале от 0 до 10, где 10 – самая сильная боль).

___ Сидя

___ Стоя

___ При ходьбе

___ Во время сна

Комментарии: _____

Оцените, было улучшение во время следующих ситуаций?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше сидеть?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше идти или стоять?

___ Да ___ Нет Было улучшение при рутинных видах деятельности (например при готовке еды, во время работы или уборки по дому)?

Комментарии: _____

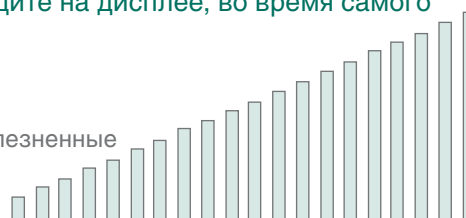
Заштрихуйте количество полос, которое Вы видите на дисплее, во время самого наибольшего облегчения боли.

Оцените Ощущения от стимуляции.

Приятные Комфортные Некомфортные Болезненные

Оцените общую эффективность программы

Прекрасно Хорошо Удовлетворительно Неэффективно



Определите изменения Вашего физического и эмоционального состояния, которые заметны Вам и Вашему окружению.

Формы для заполнения.

Имя: _____

Дата: _____

Какая программа была сегодня самой эффективной?

Программа № _____

Заштрихуйте область стимуляции и/или область, где стимуляция не перекрывала боль. Обведите область самой сильной боли.



= Стимуляция



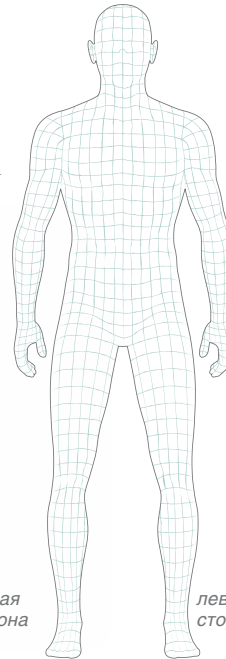
= Боль есть, стимуляции нет



= Самая сильная боль

ЛИЦО

СПИНА

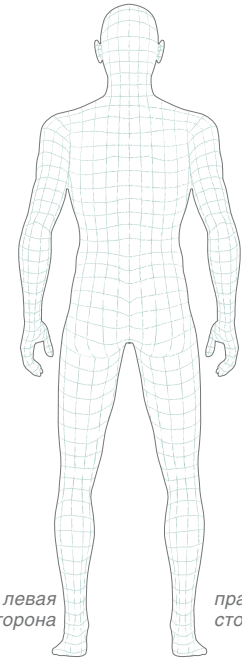


правая
сторона

левая
сторона

левая
сторона

правая
сторона



Запишите в процентах снижение боли в самой активной области.



Комментарии: _____

Отметьте уровни боли при определенных видах деятельности из списка.
(по шкале от 0 до 10, где 10 – самая сильная боль).

___ Сидя

___ Стоя

___ При ходьбе

___ Во время сна

Комментарии: _____

Оцените, было улучшение во время следующих ситуаций?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше сидеть?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше идти или стоять?

___ Да ___ Нет Было улучшение при рутинных видах деятельности (например при готовке еды, во время работы или уборки по дому)?

Комментарии: _____

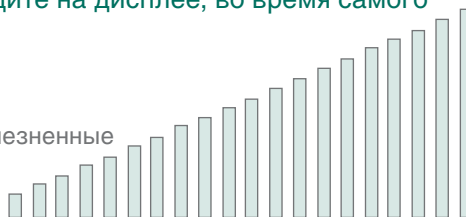
Заштрихуйте количество полос, которое Вы видите на дисплее, во время самого наибольшего облегчения боли.

Оцените Ощущения от стимуляции.

Приятные Комфортные Некомфортные Болезненные

Оцените общую эффективность программы

Прекрасно Хорошо Удовлетворительно Неэффективно



Определите изменения Вашего физического и эмоционального состояния, которые заметны Вам и Вашему окружению.

Формы для заполнения.

Имя: _____

Дата: _____

Какая программа была сегодня самой эффективной?

Программа № _____

Заштрихуйте область стимуляции и/или область, где стимуляция не перекрывала боль. Обведите область самой сильной боли.



= Стимуляция



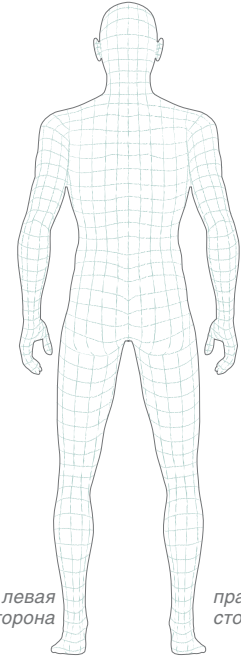
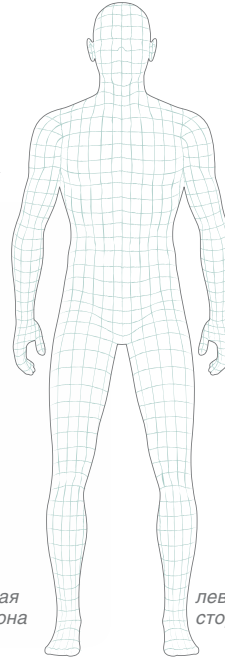
= Боль есть, стимуляции нет



= Самая сильная боль

ЛИЦО

СПИНА



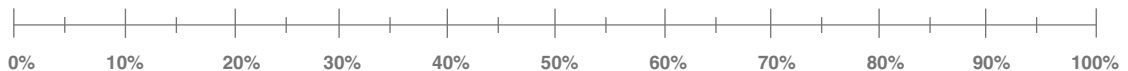
правая
сторона

левая
сторона

левая
сторона

правая
сторона

Запишите в процентах снижение боли в самой активной области.



Комментарии: _____

detach here

Отметьте уровни боли при определенных видах деятельности из списка.
(по шкале от 0 до 10, где 10 – самая сильная боль).

___ Сидя

___ Стоя

___ При ходьбе

___ Во время сна

Комментарии: _____

Оцените, было улучшение во время следующих ситуаций?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше сидеть?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше идти или стоять?

___ Да ___ Нет Было улучшение при рутинных видах деятельности (например при готовке еды, во время работы или уборки по дому)?

Комментарии: _____

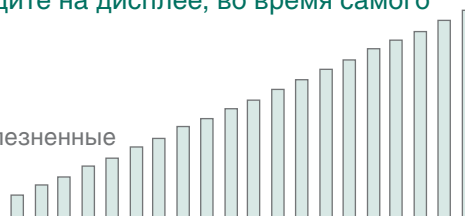
Заштрихуйте количество полос, которое Вы видите на дисплее, во время самого наибольшего облегчения боли.

Оцените Ощущения от стимуляции.

Приятные Комфортные Некомфортные Болезненные

Оцените общую эффективность программы

Прекрасно Хорошо Удовлетворительно Неэффективно



Определите изменения Вашего физического и эмоционального состояния, которые заметны Вам и Вашему окружению.

Формы для заполнения.

Имя: _____

Дата: _____

Какая программа была сегодня самой эффективной?

Программа № _____

Заштрихуйте область стимуляции и/или область, где стимуляция не перекрывала боль. Обведите область самой сильной боли.



= Стимуляция



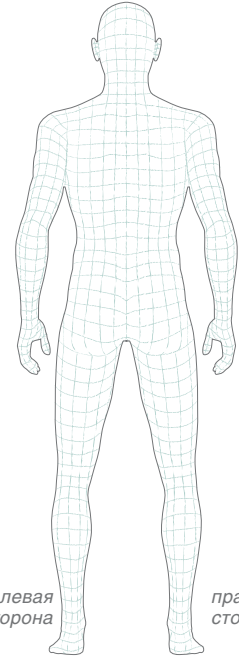
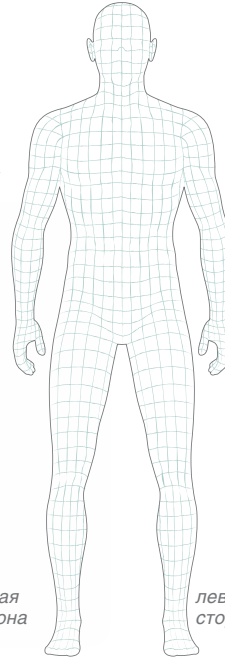
= Боль есть, стимуляции нет



= Самая сильная боль

ЛИЦО

СПИНА



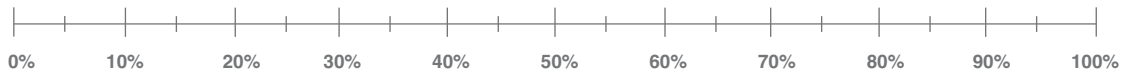
правая
сторона

левая
сторона

левая
сторона

правая
сторона

Запишите в процентах снижение боли в самой активной области.



Комментарии: _____

detach here

Отметьте уровни боли при определенных видах деятельности из списка.
(по шкале от 0 до 10, где 10 – самая сильная боль).

___ Сидя

___ Стоя

___ При ходьбе

___ Во время сна

Комментарии: _____

Оцените, было улучшение во время следующих ситуаций?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше сидеть?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше идти или стоять?

___ Да ___ Нет Было улучшение при рутинных видах деятельности (например при готовке еды, во время работы или уборки по дому)?

Комментарии: _____

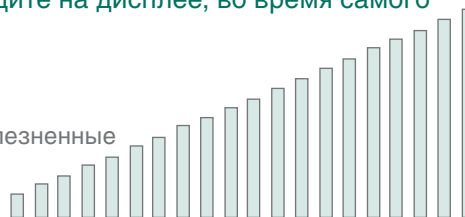
Заштрихуйте количество полос, которое Вы видите на дисплее, во время самого наибольшего облегчения боли.

Оцените Ощущения от стимуляции.

Приятные Комфортные Некомфортные Болезненные

Оцените общую эффективность программы

Прекрасно Хорошо Удовлетворительно Неэффективно



Определите изменения Вашего физического и эмоционального состояния, которые заметны Вам и Вашему окружению.

Формы для заполнения.

Имя: _____

Дата: _____

Какая программа была сегодня самой эффективной?

Программа № _____

Заштрихуйте область стимуляции и/или область, где стимуляция не перекрывала боль. Обведите область самой сильной боли.



= Стимуляция



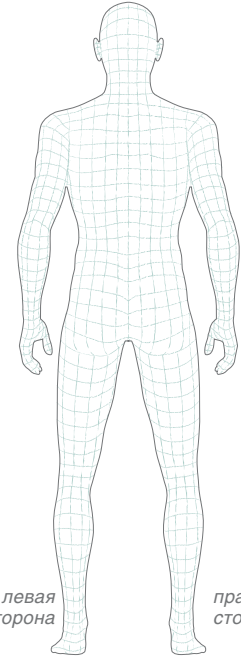
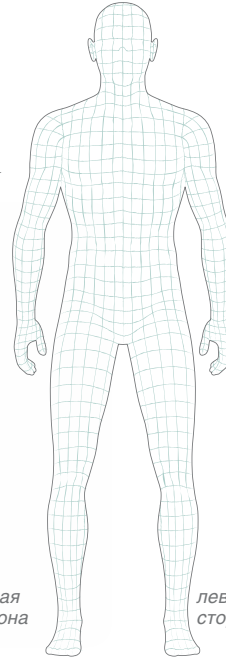
= Боль есть, стимуляции нет



= Самая сильная боль

ЛИЦО

СПИНА



правая
сторона

левая
сторона

левая
сторона

правая
сторона

Запишите в процентах снижение боли в самой активной области.



Комментарии: _____

detach here

Отметьте уровни боли при определенных видах деятельности из списка.
(по шкале от 0 до 10, где 10 – самая сильная боль).

___ Сидя

___ Стоя

___ При ходьбе

___ Во время сна

Комментарии: _____

Оцените, было улучшение во время следующих ситуаций?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше сидеть?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше идти или стоять?

___ Да ___ Нет Было улучшение при рутинных видах деятельности (например при готовке еды, во время работы или уборки по дому)?

Комментарии: _____

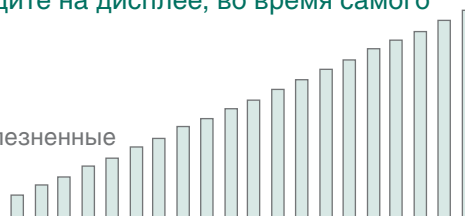
Заштрихуйте количество полос, которое Вы видите на дисплее, во время самого наибольшего облегчения боли.

Оцените Ощущения от стимуляции.

Приятные Комфортные Некомфортные Болезненные

Оцените общую эффективность программы

Прекрасно Хорошо Удовлетворительно Неэффективно



Определите изменения Вашего физического и эмоционального состояния, которые заметны Вам и Вашему окружению.

Формы для заполнения.

Имя: _____

Дата: _____

Какая программа была сегодня самой эффективной?

Программа № _____

Заштрихуйте область стимуляции и/или область, где стимуляция не перекрывала боль. Обведите область самой сильной боли.



= Стимуляция



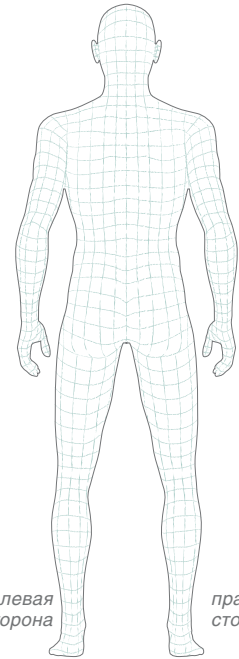
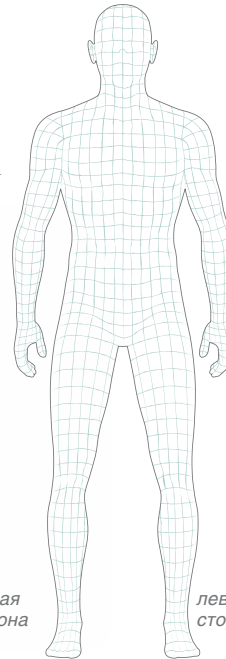
= Боль есть, стимуляции нет



= Самая сильная боль

ЛИЦО

СПИНА



правая
сторона

левая
сторона

левая
сторона

правая
сторона

Запишите в процентах снижение боли в самой активной области.



Комментарии: _____

detach here

Отметьте уровни боли при определенных видах деятельности из списка.
(по шкале от 0 до 10, где 10 – самая сильная боль).

___ Сидя

___ Стоя

___ При ходьбе

___ Во время сна

Комментарии: _____

Оцените, было улучшение во время следующих ситуаций?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше сидеть?

___ Да ___ Нет Смогли ли Вы дольше идти или стоять?

___ Да ___ Нет Было улучшение при рутинных видах деятельности (например при готовке еды, во время работы или уборки по дому)?

Комментарии: _____

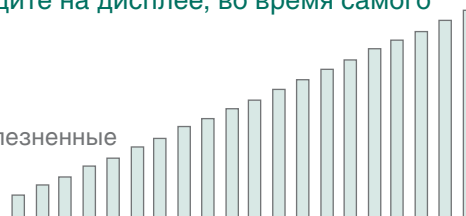
Заштрихуйте количество полос, которое Вы видите на дисплее, во время самого наибольшего облегчения боли.

Оцените Ощущения от стимуляции.

Приятные Комфортные Некомфортные Болезненные

Оцените общую эффективность программы

Прекрасно Хорошо Удовлетворительно Неэффективно



Определите изменения Вашего физического и эмоционального состояния, которые заметны Вам и Вашему окружению.

Справочник по беседе с врачом.

Имя: _____ Дата: _____

В конце периода тестовой стимуляции, вместе с врачом вы обсудите, подходит ли Вам терапия нейростимуляции. Суммировать Ваш опыт и оценить тестовый период Вам поможет наш опросник.

Цели

Какие цели (например: облегчение боли, улучшение жизненных функций) Вы ставили перед собой во время тестового периода, которые Вы достигли?

а каких не достигли? _____

Улучшение боли

Было ли облегчение боли во время ежедневных занятий?

Да Нет В какой-то степени

Изменился ли уровень боли во время тестового периода по сравнению с болью до стимуляции?

Да Нет В какой-то степени

Улучшился ли ваш сон?

Да Нет В какой-то степени

Заметили ли ваши родные, Ваши улучшения настроения или увеличение активности?

Да Нет В какой-то степени

Комментарии: _____

Программы

Если в Вашем стимуляторе было настроено несколько программ, какая оказалась самой эффективной? _____

Были ли такие программы, которые лучше работали днем, а другие – ночью? Если да, то отметьте их номера. _____

Оправдала ли стимуляция Ваши ожидания по облегчению боли? Да Нет

Если нет, то определите, какие области боли не перекрывались стимуляцией _____

Дополнительные вопросы и комментарии

Global Headquarters
One St. Jude Medical Drive
St. Paul, Minnesota 55117
USA
+1 651 756 2000
+1 651 756 3301 Fax

Neuromodulation Division
6901 Preston Road
Plano, Texas 75024
USA
+1 972 309 8000
+1 972 309 8150 Fax

SJM Coordination Center BVBA
The Corporate Village
Da Vincilaan, 11 Box F1
1935 Zaventem
Belgium
+32 2 774 68 11
+32 2 772 83 84 Fax

St. Jude Medical Australia Pty. Ltd.
17 Orion Road
Lane Cove NSW 2066
Australia
+61 2 9936 1200
+61 2 9936 1222 Fax



The content herein is provided to you for informational purposes only. It is not intended to replace the product technical manual. For more information on this device, refer to the user's guide.

This brochure contains pictures of patients with fully implanted St. Jude Medical neurostimulation systems performing various activities. The activities they are performing are not necessarily activities that are advisable at all stages of the therapy. Ask your doctor about possible activity restrictions.

St. Jude Medical neurostimulation devices are intended to aid in the management of chronic intractable pain of the trunk and/or limbs, which may have derived from specific disease states or diagnoses. St. Jude Medical neurostimulation systems are not intended to treat or cure specific disease states or diagnoses.

Not all products approved in all countries. Please ask your doctor.

Indications for Use: Spinal cord stimulation as an aid in the management of chronic, intractable pain of the trunk and limbs. Contraindications: Demand-type cardiac pacemakers, patients who are unable to operate the system or who fail to receive effective pain relief during trial stimulation. Warnings/Precautions: Diathermy therapy, cardioverter defibrillators, magnetic resonance imaging (MRI), explosive or flammable gases, theft detectors and metal screening devices, lead movement, operation of machinery and equipment, postural changes, pediatric use, pregnancy, and case damage. Patients who are poor surgical risks, with multiple illnesses, or with active general infections should not be implanted. Adverse Events: Painful stimulation, loss of pain relief, surgical risks (e.g., paralysis). User's guide must be reviewed prior to use for detailed disclosure. Rx only.

MTS is a trademark of Advanced Neuromodulation Systems, Inc. d/b/a St. Jude Medical Neuromodulation Division. ST. JUDE MEDICAL and the nine-squares symbol are trademarks and service marks of St. Jude Medical, Inc. and its related companies. ©2012 St. Jude Medical Neuromodulation Division. All rights reserved.

0757-01