

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA WYKONANIE ZABIEGU INIEKCYJNEGO

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia / numer PESEL:

Dane kontaktowe:

Obszar zabiegowy:

Rodzaj terapii (**proszę zaznaczyć właściwe**):

☐ Suche igłowanie

☐ Akupunktura

Inne:

CZĘŚĆ WSPÓLNA

ANKIETA ZDROWOTNA

Proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania zgodnie z prawdą oraz aktualnym stanem zdrowia
(należy zaznaczyć kółkiem „TAK” lub „NIE”).

1. Czy aktualnie się Pani/Pan na coś leczy? **Tak / Nie**

W razie udzielenia odpowiedzi twierdzącej – proszę o wskazanie na co:

2. Czy przyjmuje Pani/Pan leki lub suplementy na stałe lub doraźnie? **Tak / Nie**

W razie udzielenia odpowiedzi twierdzącej – proszę o wskazanie jakie:

3. Czy ma Pani/Pan jakieś alergie lub nadwrażliwości (w szczególności na olejki do masażu, kosmetyki, lateks, środki dezynfekcyjne lub inne preparaty, które mogą być stosowane podczas zabiegu)? **Tak / Nie**

W razie udzielenia odpowiedzi twierdzącej – proszę o wskazanie na co:

4. Czy choruje lub chorował/a Pani/Pan na choroby przewlekłe (np. serca, układu krążenia, neurologiczne, autoimmunologiczne, hormonalne)? **Tak / Nie**

W razie udzielenia odpowiedzi twierdzącej – proszę o wskazanie na jakie oraz kiedy:

5. Czy ma Pani / Pan skłonność do powstawania rozległych siniaków, pękających naczynek lub zaburzeń krzepnięcia? **Tak / Nie**

6. Czy występują u Pani/Pana zaburzenia gojenia ran, tendencja do powstawania blizn przerostowych lub keloidów? **Tak / Nie**

7. Czy przyjmuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwe lub przeciwplatekcyjne? **Tak / Nie**

8. Czy ma Pani/Pan aktywne stany zapalne, infekcje lub gorączkę? **Tak / Nie**

9. Czy występują u Pani/Pana aktywne zmiany skórne w obszarze planowanego zabiegu (np. opryszczka, trądzik zapalny, podrażnienia)? **Tak / Nie**

10. Czy jest Pani/Pan aktualnie w trakcie leczenia onkologicznego lub w okresie 12 miesięcy od jego zakończenia? **Tak / Nie**

11. Czy ma Pani / Pan skłonność do obrzęków / limfostazy (zatrzymywania wody)? **Tak / Nie**

12. Czy występują u Pani/Pana obrzęki, zastój limfy, uczucie ciężkości kończyn lub zdiagnozowana niewydolność układu żylnego/limfatycznego? **Tak / Nie**

13. Czy występuje u Pani/Pana silny lęk przed igłami, omdlenia podczas pobierania krwi lub wykonywania wkłuć? **Tak / Nie**

14. Czy w miejscu planowanego wkłucia występują znamiona, zmiany skórne, blizny, tatuaże, infekcje lub zaburzenia czucia? **Tak / Nie**

15. Czy choruje Pani/Pan na choroby krwi, niedokrwistość lub zaburzenia odporności? **Tak / Nie**

16. Czy ma Pani/Pan skłonność do zawrotów głowy, omdleń lub nagłych spadków ciśnienia? **Tak / Nie**
17. Czy posiada Pani/Pan wszczepione urządzenia elektroniczne lub metalowe w organizmie (np. rozrusznik serca, implanty elektroniczne, pompy insulinowe)? **Tak / Nie**
18. Czy w miejscu planowanego zabiegu występują żyłaki, rozszerzone naczynia, znamiona, blizny, zmiany skórne lub zaburzenia czucia? **Tak / Nie**
19. Czy wykonywane były ostatnio zabiegi medycyny estetycznej lub kosmetyczne w obszarze planowanego zabiegu (np. wypełniacze, nici, botoks, laser, peelingi)? **Tak / Nie**
Jeżeli tak: kiedy i jakie?
20. * Czy jest Pani w ciąży lub w okresie karmienia piersią? **Tak / Nie**
21. **W razie przebycia urazów - proszę o wskazanie przebytych urazów oraz przybliżony czas ich powstania (rok lub miesiąc i rok)**
.....
22. **Uwagi dodatkowe:**

PRZECIWWSKAZANIA OGÓLNE

- ostre stany zapalne skóry, infekcje, ropnie, opryszczka lub inne zmiany skórne w miejscu wykonywania wkluć
 - choroby nowotworowe w trakcie aktywnego leczenia, chyba że lekarz prowadzący wyrazi zgodę na zabieg
 - obecność rozrusznika serca, implantów elektronicznych lub innych urządzeń elektronicznych mogących stanowić przeciwwskazanie do zastosowania fal radiowych
 - metalowe implanty lub elementy w obszarze poddawanych zabiegom, jeżeli stanowią przeciwwskazanie do zastosowania danej technologii
 - ciąża oraz okres karmienia piersią (zgodnie z zasadami kwalifikacji do danego zabiegu)
 - aktywne choroby skóry, uszkodzenia skóry, rany, oparzenia lub podrażnienia w miejscu zabiegowym
 - świeże zabiegi medycyny estetycznej lub chirurgiczne w obszarze planowanego zabiegu do czasu pełnego wygojenia tkanek
 - obecność żyłaków, nasilonych zmian naczyniowych lub innych zaburzeń naczyniowych w obszarze wykonywania zabiegu (szczególnie przy fali uderzeniowej)
 - niekontrolowane choroby układu krążenia (w tym ciężkie, niestabilne nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca)
 - aktywna zakrzepica, zatorowość lub inne ostre stany zakrzepowo-zatorowe
 - świeże urazy, stany pourazowe oraz ostre stany bólowe wymagające innego postępowania terapeutycznego
 - stany bezpośrednio po zabiegach chirurgicznych lub inwazyjnych (do czasu pełnego wygojenia i zgody lekarza)
 - aktywny stan zapalny skóry w obszarze zabiegowym (bakteryjny, wirusowy lub grzybiczy)
 - zaostrzenie chorób przewlekłych uniemożliwiające bezpieczne wykonanie zabiegu
 - zaburzenia krzepnięcia krwi, skazy krwotoczne oraz przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych wymagające indywidualnej kwalifikacji
 - aktywne choroby autoimmunologiczne w okresie zaostrzenia
 - zaburzenia odporności oraz leczenie immunosupresyjne wymagające szczególnej ostrożności
 - skłonność do powstawania bliznowców (keloidów) lub zaburzeń gojenia ran
 - silny lęk przed igłami, omdlenia podczas wkluć lub brak możliwości bezpiecznego wykonania zabiegu
 - ostre stany bólowe wymagające diagnostyki lekarskiej
 - ciężkie stany ogólnego osłabienia organizmu, wyniszczenie lub znaczne odwodnienie
 - stany wymagające pilnej interwencji medycznej lub diagnostyki lekarskiej
 - nadwrażliwość lub brak tolerancji na dotyk uniemożliwiające komfortowe wykonanie zabiegu
-

CZĘŚĆ MODUŁOWA – RODZAJE ZABIEGÓW

I. SUCHE IGŁOWANIE

INFORMACJA O ZABIEGU

Suche igłowanie jest specjalistyczną metodą polegającą na aplikacji cienkich, sterylnych igieł jednorazowego użytku w określone struktury tkanek, najczęściej w obrębie mięśni, punktów spustowych oraz miejsc występowania nadmiernego napięcia. Zabieg wykonywany jest z zachowaniem zasad aseptyki i higieny, a dobór miejsca wkłucia, głębokości oraz liczby użytych igieł jest indywidualnie dostosowany do stanu pacjenta i przeprowadzonej oceny funkcjonalnej. Celem zabiegu jest zmniejszenie nadmiernego napięcia mięśniowego, poprawa funkcji tkanek, zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz wspomaganie procesów regeneracyjnych. Poprzez miejscową stymulację tkanek suche igłowanie może wpływać na poprawę ukrwienia, zmniejszenie aktywności punktów spustowych oraz poprawę ruchomości i komfortu funkcjonowania.

WSKAZANIA DO WYKONANIA

Suche igłowanie może być wskazane w przypadku występowania bolesnych punktów spustowych w obrębie mięśni, nadmiernego napięcia mięśniowego, przewlekłych dolegliwości bólowych układu mięśniowo-szkieletowego, ograniczenia ruchomości związanej z napięciem tkanek, przeciążeń mięśniowych, dolegliwości bólowych wynikających z przeciążenia lub nieprawidłowej pracy mięśni oraz jako element wspomagający terapię funkcjonalną. Zabieg może być stosowany między innymi przy dolegliwościach takich jak bóle karku i szyi, napięciowe bóle głowy, bóle pleców, przeciążenia mięśni, dysfunkcje tkanek miękkich, ograniczenia zakresu ruchu oraz zaburzenia napięcia mięśniowego wymagające terapii manualnej.

PRZECIWWSKAZANIA SZCZEGÓLNE

- zaburzenia czucia w miejscu planowanego wkłucia uniemożliwiające prawidłową ocenę reakcji organizmu
 - świeże blizny, niezakończony proces gojenia tkanek lub obszary o zaburzonej regeneracji
 - znaczna bolesność lub nadwrażliwość tkanek uniemożliwiająca bezpieczne wykonanie zabiegu
 - ostre urazy mięśni, świeże naderwania lub uszkodzenia tkanek w miejscu planowanego wkłucia
 - obecność protez, implantów lub innych struktur w bezpośrednim obszarze planowanego wkłucia wymagających indywidualnej oceny
 - podejrzenie uszkodzenia nerwu lub objawy neurologiczne w obszarze planowanego zabiegu wymagające diagnostyki
 - ostre objawy neurologiczne, których przyczyna nie została ustalona
 - nasilony obrzęk tkanek lub znaczne ograniczenie ruchomości o nieustalonej przyczynie
 - inne stany, które według oceny specjalisty mogą stanowić przeciwwskazanie do wykonania terapii.
-

MOŻLIWE NASTĘPSTWA I POWIKŁANIA

Typowe i przewidywane następstwa zabiegu (prawidłowe reakcje tkanek)

- przejściowa tkliwość lub bolesność mięśni w miejscu wkłucia
- uczucie zmęczenia lub ciężkości opracowanych mięśni
- niewielkie dolegliwości bólowe przypominające reakcję po intensywnym wysiłku fizycznym
- przejściowe uczucie rozluźnienia lub zmniejszenia napięcia mięśniowego
- chwilowe nasilenie napięcia lub dyskomfortu w opracowanym obszarze jako reakcja tkanek na bodziec terapeutyczny
- niewielkie zaczerwienienie skóry w miejscu wkłucia
- punktowe krwawienie lub kropla krwi w miejscu wkłucia
- niewielki siniak lub podskórne zasinienie w miejscu aplikacji igły
- przejściowe uczucie mrowienia, rozpierania lub nietypowych odczuć w obrębie opracowanej tkanki

Możliwe, rzadziej występujące powikłania

- przedłużająca się bolesność lub nadmierna tkliwość w miejscu wkłucia
- większy krwiak lub rozleglejsze zasinienie, szczególnie u osób ze skłonnością do siniaków
- przejściowe nasilenie dolegliwości bólowych wymagające modyfikacji dalszej terapii
- podrażnienie tkanek w miejscu wkłucia
- przejściowe zaburzenia czucia, takie jak drętwienie, mrowienie lub nadwrażliwość w okolicy poddanej zabiegowi
- reakcja stresowa organizmu związana z wkłuciem, np. osłabienie, zawroty głowy, nudności lub omdlenie wazowagalne

Powikłania związane z nieprzestrzeganiem zaleceń pozabiegowych

Brak stosowania się do zaleceń może zwiększyć ryzyko:

- podrażnienia lub przeciążenia opracowanych tkanek
- nasilenia bolesności mięśniowej po zabiegu
- zwiększenia ryzyka powstania siniaków lub krwiaków
- wydłużenia czasu regeneracji tkanek

Rzadko występujące, ale możliwe powikłania ogólne

- infekcja w miejscu wkłucia przy nieprawidłowej pielęgnacji lub zaburzeniu zasad higieny
- silna reakcja bólowa wymagająca dodatkowej oceny specjalisty
- uszkodzenie struktur znajdujących się w pobliżu miejsca wkłucia, w tym naczyń krwionośnych lub nerwów
- utrzymujące się zaburzenia czucia w obszarze poddanym zabiegowi
- inne nieprzewidziane reakcje wymagające konsultacji ze specjalistą lub lekarzem.

ZALECENIA PO ZABIEGU

- unikanie intensywnego wysiłku fizycznego oraz nadmiernego obciążania opracowanych mięśni przez około 24 godziny po zabiegu
 - wykonywanie lekkiej aktywności ruchowej, np. spokojnego spaceru, w celu wspierania prawidłowej pracy układu mięśniowego i krążenia
 - unikanie spożywania alkoholu bezpośrednio po zabiegu, ze względu na jego wpływ na naczynia krwionośne i proces regeneracji tkanek
 - unikanie intensywnego masażu, silnego ucisku oraz samodzielnego mocnego opracowywania miejsc wkłucia bez konsultacji ze specjalistą
 - unikanie sauny, gorących kąpielí, jacuzzi oraz innych czynników powodujących intensywne przegrzewanie organizmu przez 24 godziny po zabiegu
 - utrzymanie miejsca wkłucia w czystości i unikanie dotykania go nieumytymi rękami, w tym bezpośrednio po zabiegu
 - unikanie korzystania z basenu oraz kąpielí w miejscach publicznych w dniu zabiegu, aby ograniczyć ryzyko podrażnienia lub infekcji w miejscu wkłucia
 - obserwowanie reakcji organizmu – przejściowa tkliwość, niewielki ból mięśniowy, zaczerwienienie lub siniak w miejscu wkłucia mogą być naturalną reakcją tkanek
 - w przypadku pojawienia się nasilającego bólu, znacznego obrzęku, narastającego zaczerwienienia, objawów infekcji, utrzymujących się zaburzeń czucia lub innych niepokojących objawów zalecany jest kontakt ze specjalistą lub lekarzem
-

CZĘŚĆ MODUŁOWA – RODZAJE ZABIEGÓW

II. AKUPUNKTURA

INFORMACJA O ZABIEGU

Akupunktura jest metodą terapeutyczną polegającą na precyzyjnym oddziaływaniu na określone punkty ciała poprzez zastosowanie cienkich, sterylnych igieł jednorazowego użytku. Zabieg wykonywany jest zgodnie z zasadami higieny i aseptyki, a dobór punktów, liczba igieł, czas ich pozostawienia oraz sposób wykonania zabiegu są indywidualnie dostosowywane do potrzeb pacjenta i celu terapii. Podczas zabiegu specjalista wykonuje delikatne wkłucia w wybrane okolice ciała. Stymulacja punktów akupunkturalnych może wpływać na reakcje organizmu związane z regulacją napięcia tkanek, odczuwaniem bólu, funkcjonowaniem układu nerwowego oraz procesami regeneracyjnymi. Celem zabiegu jest wspomaganie naturalnych mechanizmów regulacyjnych organizmu, zmniejszenie dolegliwości bólowych, poprawa komfortu funkcjonowania oraz wspieranie równowagi procesów fizjologicznych. Akupunktura może być stosowana jako metoda uzupełniająca postępowanie terapeutyczne, zgodnie z indywidualną oceną stanu pacjenta.

WSKAZANIA DO WYKONANIA

Akupunktura może być wskazana jako metoda wspomagająca w przypadku dolegliwości bólowych, przewlekłego napięcia mięśniowego, przeciążeń układu mięśniowo-szkieletowego oraz zaburzeń funkcjonalnych wpływających na komfort życia. Zabieg może być stosowany między innymi przy: bólach kręgosłupa, karku i pleców, napięciowych bólach głowy oraz dolegliwościach związanych z nadmiernym napięciem mięśniowym, przewlekłych lub nawracających dolegliwościach bólowych układu ruchu, przeciążeniach mięśni i tkanek miękkich, ograniczeniach ruchomości związanych z napięciem tkanek, wspomaganiu regeneracji organizmu i poprawie ogólnego komfortu funkcjonowania, dolegliwościach związanych ze stresem, napięciem i zaburzeniami relaksacji organizmu.

PRZECIWWSKAZANIA SZCZEGÓLNE

- zaburzenia czucia w miejscu planowanego wkłucia uniemożliwiające prawidłową ocenę reakcji organizmu
 - świeże blizny, oparzenia lub tkanki w trakcie gojenia w miejscu planowanego wkłucia
 - obecność implantów, protez lub innych struktur wymagających indywidualnej kwalifikacji w miejscu planowanego wkłucia
 - aktywne powiększenie lub bolesność węzłów chłonnych w okolicy planowanego zabiegu wymagające diagnostyki
 - inne stany, które według oceny specjalisty mogą stanowić przeciwwskazanie do wykonania zabiegu.
-

MOŻLIWE NASTĘPSTWA I POWIKŁANIA

Typowe i przewidywane następstwa zabiegu (prawidłowe reakcje tkanek)

- przejściowa tkliwość lub niewielka bolesność w miejscu wkłucia
 - niewielkie zaczerwienienie skóry w miejscu wkłucia
 - punktowe krwawienie lub pojawienie się kropli krwi po usunięciu igły
 - niewielkie siniaki lub zasinienia w miejscach wkłucia
 - przejściowe uczucie mrowienia, rozpiekania, ciepła lub drętwienia w obrębie stymulowanego punktu
 - uczucie rozluźnienia, odprężenia lub senności po zabiegu
 - przejściowe uczucie zmęczenia lub osłabienia organizmu
 - krótkotrwale nasilenie dolegliwości będących wskazaniem do terapii jako przejściowa reakcja organizmu na zabieg
-

Możliwe, rzadziej występujące powikłania

- przedłużająca się bolesność lub nadmierna tkliwość w miejscu wkłucia

- większy krwiak lub rozległejsze zasinienie, szczególnie u osób ze skłonnością do ich powstawania
- podrażnienie tkanek w miejscu wkłucia
- przejściowe zaburzenia czucia, takie jak mrowienie, drętwienie lub nadwrażliwość w okolicy poddanej zabiegowi

Powikłania związane z nieprzestrzeganiem zaleceń pozabiegowych

Brak stosowania się do zaleceń może zwiększyć ryzyko:

- podrażnienia miejsca wkłucia lub zwiększenia ryzyka infekcji
- zwiększenia ryzyka powstania siniaków lub krwiaków
- wydłużenia procesu regeneracji tkanek
- nasilenia dolegliwości w przypadku nadmiernego wysiłku fizycznego lub przeciążenia organizmu bezpośrednio po zabiegu

Rzadko występujące, ale możliwe powikłania ogólne

- infekcja w miejscu wkłucia przy zaburzeniu zasad higieny lub nieprawidłowej pielęgnacji miejsca zabiegowego
- silna reakcja bólowa wymagająca dodatkowej oceny specjalisty
- uszkodzenie drobnych naczyń krwionośnych lub powierzchniowych struktur w miejscu wkłucia
- utrzymujące się zaburzenia czucia w obszarze poddanym zabiegowi
- reakcja omdleniowa wymagająca przerwania zabiegu i obserwacji pacjenta
- inne nieprzewidziane reakcje wymagające konsultacji ze specjalistą lub lekarzem.

ZALECENIA PO ZABIEGU

1. unikanie intensywnego wysiłku fizycznego oraz nadmiernego obciążania organizmu przez około 24 godziny po zabiegu
2. utrzymanie odpowiedniego nawodnienia organizmu poprzez spożywanie odpowiedniej ilości płynów
3. unikanie spożywania alkoholu w dniu zabiegu ze względu na jego wpływ na krążenie i procesy regeneracyjne organizmu
4. unikanie sauny, gorących kąpieli, jacuzzi oraz innych czynników powodujących intensywne przegrzewanie organizmu przez około 24 godziny po zabiegu
5. unikanie korzystania z basenu oraz kąpieli w miejscach publicznych w dniu zabiegu w celu ograniczenia ryzyka podrażnienia lub infekcji w miejscu wkłucia
6. utrzymanie miejsc wkłucia w czystości oraz unikanie dotykania ich nieumytymi rękami bezpośrednio po zabiegu
7. obserwowanie reakcji organizmu – przejściowa tkliwość, niewielki siniak, zaczerwienienie, uczucie zmęczenia lub senności mogą stanowić prawidłową reakcję po zabiegu
8. stosowanie się do zaleceń specjalisty dotyczących dalszej terapii oraz terminów kolejnych wizyt
9. w przypadku pojawienia się nasilającego bólu, znacznego obrzęku, narastającego zaczerwienienia, objawów infekcji, utrzymujących się zaburzeń czucia, omdlenia lub innych niepokojących objawów zalecany jest kontakt ze specjalistą lub lekarzem

DOBROWOLNE OŚWIADCZENIE

Potwierdzenie zrozumienia treści zgody oraz przeprowadzonego wywiadu z osobą wykonującą zabieg

1. Oświadczam, że dane podane w niniejszej zgodzie są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że składam zgodę dobrowolnie i w pełni świadomie (oraz nie pozostaję pod wpływem środków odurzających lub jakichkolwiek środków mających wpływ na postrzeganie przeze mnie rzeczywistości).
3. Potwierdzam, że zostały mi przekazane pełne, wyczerpujące informacje dotyczące zabiegu, w tym w szczególności celu, przebiegu, możliwych do osiągnięcia efektów, przeciwwskazań oraz zaleceń przed i po zabiegu.
4. **Odbyłam / Odbyłem rozmowę ze specjalistą wykonującym zabieg i zostałam / zostałem poinformowana / poinformowany o:**
 - Charakterze i celu zabiegu, a także przewidywanych efektach
 - Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu
 - Technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu
 - Pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu
 - O następstwach, w tym ryzyku wystąpienia działań niepożądanych oraz możliwych powikłaniach
 - Konieczności przestrzegania zaleceń przed i po zabiegu, celem zminimalizowania ryzyka powikłań oraz zapewnienie jak najlepszego efektu zabiegu
 - Przewidywanym czasie utrzymywania osiągniętego efektu oraz o tym, że efekty nie są takie same w przypadku każdego klienta
5. **Oświadczam, że:**
 - Miałam / Miałem możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu oraz oceny mojego zdrowia, na które otrzymałam / otrzymałem odpowiedzi w sposób klarowny i zrozumiały.
 - Rozumiem, że efekty zabiegu (w tym czas utrzymywania się efektów) mogą być zróżnicowane i zależne od indywidualnych cech organizmu, co jest niezależne od umiejętności osoby wykonującej zabieg.
 - Jestem świadoma / świadomy, że zabieg może nie przynieść efektów dokładnie odpowiadających moim oczekiwaniom, a w rzadkich przypadkach, efekty mogą okazać się niezadowalające.
 - Przed rozpoczęciem zabiegu, udzieliłam / udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które osoba wykonująca zabieg zadawała mi w trakcie wywiadu.
 - Zostałam / Zostałem poinformowany, że w razie pojawienia się jakichkolwiek niepokojących objawów po zabiegu, mam obowiązek niezwłocznie skontaktować się z osobą wykonującą zabieg lub w razie potrzeby, z lekarzem.
 - Otrzymałam / Otrzymałem zalecenia pozabiegowe tożsame z zaleceniami przedstawionymi w niniejszej zgodzie i zobowiązuje się do ich przestrzegania w warunkach domowych.

Informacje przekazane przez osobę wykonującą zabieg były rzetelne, wyczerpujące i są dla mnie w pełni zrozumiałe. Jestem również świadoma / świadomy, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przed przystąpieniem do zabiegu, a moimi oczekiwaniami.

Oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą, dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu opisanego w niniejszej zgodzie. Moja zgoda jest świadoma i przemyślana. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu zgodnie z opisanymi wytycznymi.

Podpis Pacjenta

Podpis osoby wykonującej zabieg

Data i miejscowość