



HARMONY CLINIC

M E D Y C Y N A
E S T E T Y C Z N A

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG Z UŻYCIEM PREPARATU TOKSYNY BOTULINOWEJ

Imię i Nazwisko:.....

Adres:.....

Data urodzenia:.....

Tel.kontaktowy:.....

ZGODA NA ZABIEG:

Ja niżej podpisana/ny oświadczam, że zostałam/em wystarczająco poinformowana/ny

o właściwościach oraz zastosowaniu toksyny botulinowej:

- Toksyna botulinowa to neurotoksyna – białko hamujące przesyłanie impulsów w połączeniach nerwowo-mięśniowych.
- Toksyna botulinowa wstrzyknięta w mięsień uniemożliwia jego kurczenie się.
- zabieg wygładza zmarszczki i zapobiega tworzeniu się nowych, jednak znacznie ogranicza też ruchomość i mimikę twarzy- w przypadku bardzo dużej dawki może pojawić się efekt maski.
- Pierwsze efekty widoczne są dopiero po 3-4 dniach, pełny efekt rozwija się przez około 2 tygodnie.
- Toksyna botulinowa w organizmie zostaje zneutralizowana przez przeciwciała, dlatego efekt jest odwracalny
- Działanie toksyny powoduje osłabienie "zamrożonego" mięśnia o około 7%
- Częste podawanie toksyny botulinowej zwiększa ilość przeciwciał - utrudnia to działanie toksyny botulinowej

Oświadczam również, że zapoznałam/em się z **przeciwwskazaniami**, do których należą:

- nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników leku
- zaburzenia w połączeniach nerwowo-mięśniowych (miastenia gravis, miopatie)
- terapia aminoglikozydowa (antybiotykoterapia)

A także zostałam/em poinformowana/ny o możliwych **działaniach niepożądanych**, do których należą:

- zaczerwienienie w miejscu wstrzyknięcia
- ból w miejscu wstrzyknięcia
- opadnięcie powieki
- opuchlizna
- obrzęki i siniaki
- zaburzenia ruchomości innych mięśni mimicznych twarzy

Toksyna botulinowa została użyta w celu:

Korekcji kurzych łapek

Inne:

Korekcji zmarszczek czoła

.....

Korekcji łwiej zmarszczki pomiędzy brwiami

.....

Lekarz podał właściwą i zalecaną dawkę toksyny botulinowej do wyżej określonego zabiegu w ilości jednostek.

Użycie, wskazania, przeciwwskazania oraz możliwe działania niepożądane zostały mi W trakcie rozmowy miałam/em możliwość zadawania pytań, na które uzyskałam/Em wyczerpujące odpowiedzi ze strony lekarza. Zostałam/em również poinstruowany w zakresie zachowania środków ostrożności po zabiegu. Dodatkowo poinformowano mnie, że okres **utrzymywania się efektów po iniekcji preparatu BOTOX wynosi od 3-6 miesięcy, jednak może on się różnić w zależności od indywidualnych uwarunkowań każdego pacjenta.** Zabieg dopełnienia na wizycie kontrolnej nie jest wliczony w cenę zabiegu i jest odpłatny według cennika lub ustalonej ceny z pacjentem. Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu z wykorzystaniem preparatu toksyny botulinowej.

.....
data czytelny podpis pacjenta

.....
Podpis i pieczętka lekarza