

## ZGODA PACJENTA NA ZABIEG

### Z UZYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ tj. BOTOKS

Imię, nazwisko pacjenta .....

Rodzaj zabiegu/ lokalizacja: .....

Data zabiegu: .....

Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo.

Ja niżej podpisana/ny oświadczam, że zostałam poinformowana/ny wyczerpująco o właściwościach oraz zastosowaniu toksyny botulinowej o nazwie Botox®, Vistabel®, Azzalure®, Bocouture®

Oświadczam również, że zapoznałam/em się z **przeciwwskazaniami** dot. zastosowania tego preparatu do których należą:

- nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników leku,
- zaburzenia połączenia nerwowo-mięśniowego (miastenia gravis, miopatie),
- terapia aminoglikozydowa,
- ciąża i okres karmienia piersią,
- choroby zapalne skóry obejmujące planowane miejsce iniekcji

Zostałam/em poinformowana/ny o **możliwych działaniach niepożądanych**, które mogą wystąpić po wykonaniu iniekcji tym preparatem, do których należą:

- ból i zaczerwienienia w miejscu wstrzyknięcia leku,
- krwiaki i zasinienia w miejscu wstrzyknięcia leku,

- opadnięcie lub asymetria powiek,
- zawroty i ból głowy, ogólne osłabienie
- przejściowe zaburzenia widzenia, żucia, połykania
- inne szczegółowe działania niepożądane:
  - Zaburzenia układu nerwowego: Bardzo często ( $\geq 1/10$ ): ból głowy; Często ( $\geq 1/100$  do  $< 1/10$ ): niedowład twarzy (wskutek przejściowego niedowładu mięśni twarzy proksymalnych do miejsca wstrzyknięcia, głównie opisywany jako niedowład brwi); Niezbyt często ( $\geq 1/1\ 000$  do  $< 1/100$ ): zawroty głowy.
  - Zaburzenia oka: Często ( $\geq 1/100$  do  $< 1/10$ ): astenopia, opadanie powieki, obrzęk powieki, nasilenie łzawienia, zespół suchego oka, drganie mięśni (drganie mięśni wokół oczu); Niezbyt często ( $\geq 1/1\ 000$  do  $< 1/100$ ): upośledzenie widzenia, niewyraźne widzenie, podwójne widzenie, zaburzenia ruchów gałek ocznych.
  - Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: Niezbyt często ( $\geq 1/1\ 000$  do  $< 1/100$ ): świąd, wysypka skórna; Rzadko ( $\geq 1/10\ 000$  do  $< 1/1\ 000$ ): pokrzywka.
  - Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: Bardzo często ( $\geq 1/10$ ): odczyny w miejscu wstrzyknięcia (np. rumień, obrzęk, podrażnienie, wysypka, świąd, parestezja, ból, dyskomfort, klucie i krwiaki).
  - Zaburzenia układu immunologicznego: Niezbyt często ( $\geq 1/1\ 000$  do  $< 1/100$ ): nadwrażliwość.
  - Zaburzenia układu nerwowego: Często ( $\geq 1/100$  do  $< 1/10$ ): ból głowy, przejściowy niedowład twarzy (przejściowy niedowład mięśni twarzy proksymalnych do miejsca wstrzyknięcia).
  - Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: Często ( $\geq 1/100$  do  $< 1/10$ ): reakcje w miejscu wstrzyknięcia (np. krwiak, świąd i obrzęk)

### **OŚWIADCZENIA PACJENTA:**

- 1) Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na przeprowadzenie w/w zabiegu. Biorę pod uwagę zarówno korzyści, jak również ryzyka związane z zabiegiem. Wyrażam zgodę na zastosowanie w trakcie zabiegu znieczulenia.

- 2) Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) o: przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, technice i metodzie przeprowadzania zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu, objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu, przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu, średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów.
- 3) W trakcie rozmowy miałam/em możliwość zadawania pytań, na które uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi ze strony lekarza. Zostałam/em poinstruowany i otrzymałam zalecenia w zakresie zachowania środków ostrożności po zabiegu.
- 4) Dodatkowo poinformowano mnie, że okres utrzymywania się efektów po iniekcji tego preparatu wynosi od 3 do 6 miesięcy, jednak może się on różnić w zależności od indywidualnych uwarunkowań każdego pacjenta.
- 5) Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od: postępowania pozabiegowego oraz indywidualnych predyspozycji.
- 6) Zostałem poinformowany, że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
- 7) Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem — mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.
- 8) Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
- 9) Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonanym zabiegu, zapoznałem się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
- 10) Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.

11)W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem wykonującym zabieg.

12)Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, oświadczam, że nie zataiłem żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia.

13)Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed podaniem preparatu oraz na wizycie kontrolnej po około 3-4 tygodniach od wykonania zabiegu, a także ewentualnych dalszych wizytach celem załączenia do karty pacjenta.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu

Otrzymałam zalecenia pozabiegowe.

.....

data i podpis lekarza

.....

data i podpis pacjenta