Świadoma zgoda na przeprowadzenie zabiegu z użyciem toksyny botulinowej

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/a: .....

.....

.....

PROPONOWANA METODA LECZENIA

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani/a wskazania do zabiegu z użyciem preparatu .....

Toksyna botulinowa jest bardzo silnie działającą toksyną powodującą zahamowanie uwalniania actylocholiny- neuroprzekaźnika odpowiedzialnego za przekazywanie impulsów między nerwami a mięśniami. Toksyna botulinowa działa przez blokowanie połączeń między zakończeniami nerwów a unerwianymi przez nie mięśniami, czyli blokuje tzw. synapsy nerwowo – mięśniowe. Nie dochodzi wtedy do skurczów porażonego mięśnia. Botulina jest równie skuteczna u mężczyzn jak i u kobiet. Zabieg wykonuje się w pozycji siedzącej lub półleżącej. Preparat ma formę płynną i jest podawany za pomocą małej strzykawki domięśniowo, niekiedy również podskórnie lub śródskórnie. Bolesność wstrzyknięć jest nieznaczna.

WSKAZANIA

- Zmarszczki mimiczne głównie w górnej części twarzy, wokół oczu („kurze łapki”), poprzeczne na czole, pomiędzy brwiami („lwia zmarszczka”), dolnej części twarzy - „bruzdy marionetki”, na szyi, brodzie; nadpotliwość dłoni i stóp.

PRZECIWWSKAZANIA

- Okres ciąży i karmienie piersią

- Nadwrażliwość na składniki preparatu (również albuminę)
- Infekcja w miejscach planowanych wstrzyknięć
- Miastenia
- Zespół Lamberta – Eatona (zespół pareoplastyczny występujący najczęściej u chorych
  z rakiem drobnokomórkowym płuca)
- Przyjmowanie leków hamujących wydzielanie acetylocholiny w synapsie nerwowo – mięśniowej (antybiotyków amino glikozydowych – gentamycyny, streptomycyny, kanamycyny, leków przeciwmalarycznych – chlorochiny, hydroksychlorochiny, cyklosporyny, D-penicylamyny, sukcynylocholiny, turbo kuraryny, pankuronium, galaminy)

POWIKŁANIA

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem

Do możliwych powikłań i efektów niepożądanych należą:

- ból w momencie iniekcji
- małe krwiaki, które mogą powstawać w miejscu wstrzyknięcia jeżeli igła natrafi na niewielkie naczynie
- zbytnie obniżenie brwi lub duże uniesienie w przypadku leczenia zmarszczek czołowych
- mały, przejściowy obrzęk z pojawieniem się delikatnego mrowienia w miejscu iniekcji
- nadmierne zwiotczenie mięśni (opadanie powieki, opadanie kącika ust)
- ból głowy, ustępujący po zastosowaniu preparatu przeciwbólowego

- świąd, wysypka skórna (niezbyt często), pokrzywka (bardzo rzadko)

Reakcje te mają charakter przemijający, większość z nich ustępuje na ogól po kilku dniach. Efekt nadmiernego zwiotczenia mięśni może utrzymywać się 2-6 tygodni.

ROKOWANIE

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani/u leczenia nie zdarzają się. Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej terapii z użyciem toksyny botulonowej w Pani/a przypadku jest:

duże średnie ograniczone

POSTĘPOWANIE PO ZABIEGACH

Po zabiegu w miejscu wkłucia może być widoczne przez kilka godzin niewielkie zaczerwienienie. Siniaki mogą powstać nawet przy wzorcowo przeprowadzonym zabiegu na skutek naruszenia podskórnego naczynia krwionośnego. Po zabiegu prze kilka godzin nie należy pocierać miejsc iniekcji, unikać pozycji leżącej i intensywnego wysiłku. Bezpośrednio po zabiegu należy unikać gwałtownej mimiki (aby nie przesunąć wstrzykniętej substancji), opalania się i masaży twarzy.

Na pełny efekt zabiegu trzeba poczekać 7-14 dni, ale już pierwsze efekty mogą być zauważalne kilkanaście godzin po iniekcji. Efekt zabiegu utrzymuje się około 3-6 miesięcy w zależności od okolicy podania.

Dla osiągnięcia oczekiwanego efektu w indywidualnych przypadkach, koniecznych jest kilka zabiegów. Efekt po jednym zabiegu może być zaobserwowany inaczej u poszczególnych pacjentów.

OŚWIADCZENIE PACJENTKI/PACJENTA; ZASTRZEŻENIA

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza

i rozmowie wyjaśniającej z panią/em dr ..... spełnione zostały moje wszelkie wymagania co do informacji na temat rozpoznania, mojego stanu zdrowia, przebiegu leczenia, konieczności i sposobu przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu (w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana) rodzaju i czasie trwania zabiegu, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku oraz następstwach zastosowania tego rodzaju terapii.

Świadoma/y jestem wyników leczenia z użyciem toksyny botulinowej, rokowania oraz ewentualnego postępowania w okresie pozabiegowym, (koniecznych wizytach konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu, leczeniu farmakologicznym, jeśli zalecono), negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem lub spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza. Zapoznałam/em się z możliwością wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz możliwym przebiegiem gojenia.

Jestem świadoma/y, że w trakcie zabiegu, leczenia, znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia wymagające przeprowadzenia dodatkowych zabiegów. Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanego zabiegu na wykonanie dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności. Zgoda wyrażona w tym miejscu uwzględni także pewne stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznane mojemu lekarzowi w trakcie kwalifikowania do operacji.

W przypadku zaistnienia powikłań nie będących błędem leczniczym operatora i/lub lekarza wyrażam zgodę na dodatkowy zabieg/operację i zobowiązuję się do pokrycia jej kosztów.

Upoważniam lekarzy leczących do przekazywania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia wymienionym przez mnie osobom.

Upoważniam zespół KLINIKA PROMIENISTA do wykonywania dokumentacji fotograficznej i/lub video.

Zgadzam się bez zastrzeżeń na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu:

.....

.....

.....

oraz na jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała, lub ciężkiego rozstroju zdrowia

data: ..... lekarz: .....

Lp	Imię i nazwisko	Data zabiegu	Podpis pacjenta