



**ZGODA PACJENTA NA ZABIEG
Z UŻYCIEM PREPARATU ZAWIERAJĄCEGO TOKSYNĘ BOTULINOWĄ (BOTOKS)**

Imię i nazwisko			
PESEL			
Adres	Ulica, nr domu/lokalu		
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Telefon kontaktowy			
e-mail			

Ja niżej podpisana/ny oświadczam, że zostałam poinformowana/ny wyczerpująco o właściwościach oraz zastosowaniu toksyny botulinowej.

Oświadczam również, że zapoznałam/em się z przeciwwskazaniami dotyczącymi zastosowania toksyny botulinowej, 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),
- miastenia rzekomoporażna, zespół Eaton-Lamberta, stwardnienie boczne zanikowe
- terapia amino-glikozydowa,
- ciąża i okres karmienia piersią,
- choroby zapalne skóry obejmujące planowane miejsce iniekcji.

Poinformowałam/em lekarza o następujących stanach chorobowych, które mogą mieć wpływ na decyzję o przeprowadzeniu zabiegu z użyciem preparatu zawierającego toksynę botulinową

Uczulenia

.....

Choroby przewlekłe

.....

Przyjmowane leki

.....

Zmiany na twarzy i szyi przed wykonaniem zabiegu

.....

Zostałam/em wyczerpująco i jasno poinformowana/ny o

- technice i sposobie wykonania zabiegu
- przeciwwskazaniach do zabiegu
- możliwych działaniach niepożądanych, które mogą wystąpić po wykonaniu iniekcji z preparatem zawierającym toksynę botulinową, do których należą:
 - w miejscu wstrzyknięcia: zaczerwienienie, obrzęk, podrażnienie, wysypka, swędzenie, mrowienie, ból, dyskomfort, kłucie lub zasinienie
 - zawroty i ból głowy, ogólne osłabienie
 - zmęczenie oczu, opadnięcie powieki, drżenie mięśni wokół oka
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu i czasie utrzymywania się efektów po zabiegu
- pochodzeniu, składzie i sposobie działania preparatu, którym zostanie wykonany zabieg

W trakcie rozmowy miałam/em możliwość zadawania pytań, na które uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi ze strony lekarza.

Zostałam/em poinstruowany w zakresie zachowania środków ostrożności po zabiegu.

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 zawierającego botoks.

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie