

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

Imię i nazwisko.....  
PESEL.....  
Adres:  
Ulica, nr domu .....  
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:

1. nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników leku,
2. zaburzenia w połączeniach nerwowo-mięśniowych (miastenia gravis, miopatie), miastenia rzekomoporaźna, zespół Eaton Lamberta, stwardnienie boczne zanikowe
3. terapia aminoglikozydowa,
4. ciąża i okres karmienia piersią
5. 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:

1. w miejscu wstrzyknięcia: zaczerwienienie, obrzęk, podrażnienie, wysypka, swędzenie, mrowienie, ból, dyskomfort, klucie lub zasinienie
2. zawroty i ból głowy, ogólne osłabienie, zmęczenie oczu, opadnięcie powieki, drżenie mięśni wokół oka
3. 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