

Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu toksyną botulinową

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia: Telefon kontaktowy:

Adres:

..... Adres mailowy:

Informacje o zabiegu:

Zabieg z użyciem produktu Azzalure, toksyny botulinowej typu A jest oparty na podaniu substancji metodą iniekcyjną do mięśni w celu korekcji zmarszczek. Substancja ta czasowo blokuje impulsy nerwowe, umożliwiając rozluźnienie mięśni odpowiedzialnych za powstawanie zmarszczek. Inne funkcje nerwowe – takie jak wrażliwość skóry na dotyk nie ulegają zmianie. Zabieg powinien być przeprowadzony przez uprawnionego lekarza.

Zabieg będzie wykonany w okolicach (wpisuje pacjent):

.....

.....

Oświadczam, że zostałam(em) wyczerpująco i jasno poinformowana(y) o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, w szczególności: nadwrażliwość na toksynę botulinową typu A lub którykolwiek z pozostałych składników Azzalure; infekcje w proponowanych miejscach wstrzyknięć; ciąża i karmienie piersią; dysfunkcja przewodnictwa nerwowo – mięśniowego; miastenia rzekomoporażna, zespół Eaton – Lamberta, stwardnienie boczne zanikowe, padaczka, porażenie nerwów
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu
- pochodzeniu biologicznym, składzie i sposobie działania preparatów/produktów leczniczych, które zostaną użyte do wykonania zabiegu
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu oraz możliwym czasie utrzymywania się rezultatu
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu oraz czasie, kiedy kolejny zabieg powinien być przeprowadzony
- możliwych działaniach niepożądanych:
 - Zmarszczki gładzizny czoła
 - Zaburzenia układu nerwowego: Bardzo często ($\geq 1/10$): ból głowy; Często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$): niedowład twarzy (wskutek przejściowego niedowładu mięśni 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, kłucie i krwiaki).
 - Zaburzenia układu immunologicznego: Niezbyt często ($\geq 1/1\ 000$ do $< 1/100$): nadwrażliwość.
 - Zmarszczki w okolicy bocznego kąta oka
 - Zaburzenia układu nerwowego: Często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$): ból głowy, przejściowy niedowład twarzy (przejściowy niedowład mięśni twarzy proksymalnych do miejsca wstrzyknięcia).
 - Zaburzenia oka: Często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$): obrzęk powieki, opadanie powieki.
 - Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: Często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$): reakcje w miejscu wstrzyknięcia (np. krwiak, świąd i obrzęk)
- szczegółowym sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu. Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po wykonaniu zabiegu.
- inne uwagi dotyczące zabiegu: (wpisuje lekarz)

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie: mojego stanu zdrowia, wszelkiego typu alergii, trwającej terapii chorób przewlekłych, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, przebytych urazów.

Oświadczam, że zatajenie którejkolwiek z wymienionych informacji traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody (między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu zabiegu), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności.

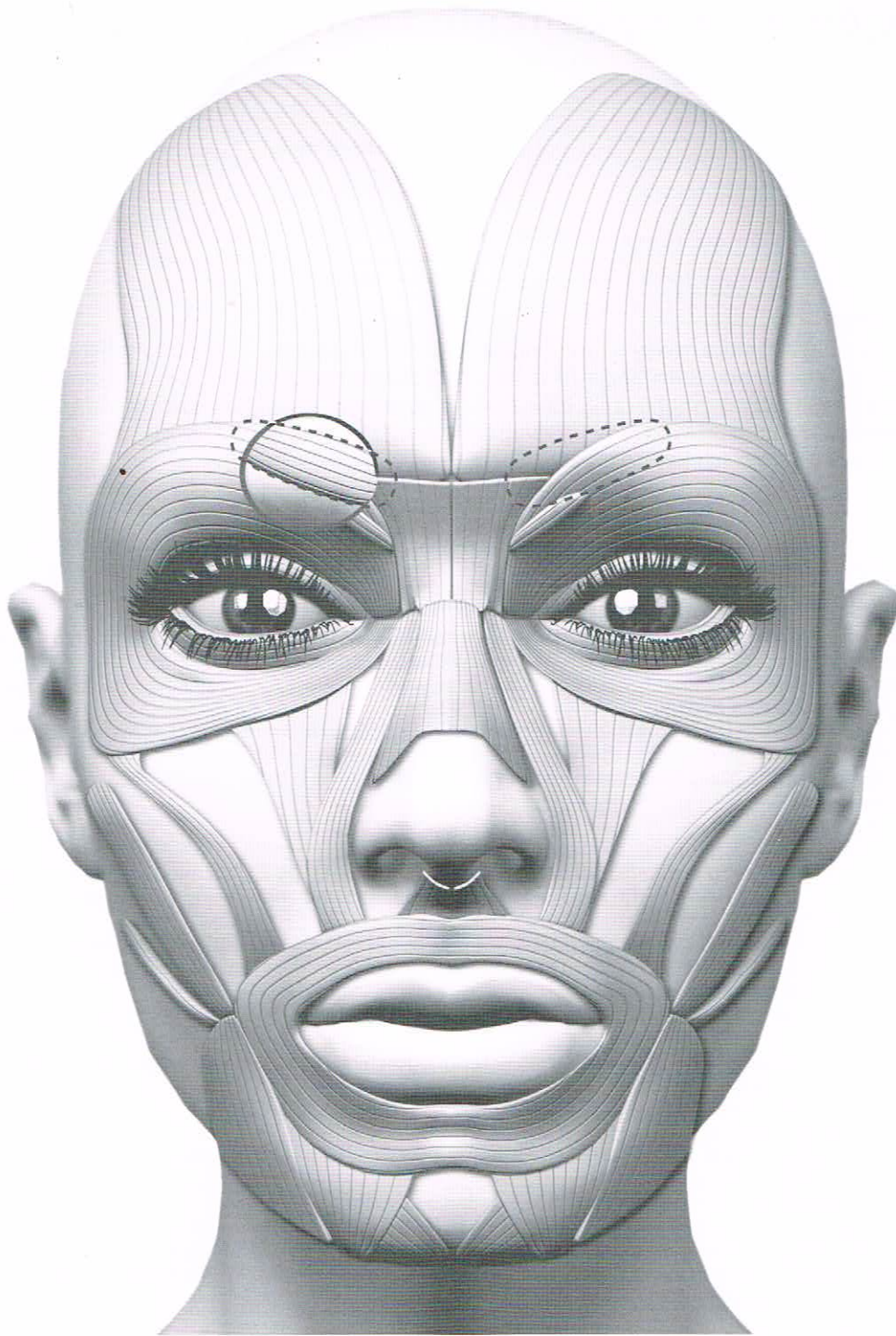
Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała. Jestem świadoma(y), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam(em) poinformowany przez lekarza przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zrobienie zdjęć przed i po zabiegu w celu udokumentowania uzyskanych efektów. Przyjmuję do wiadomości, że zdjęcia będą stanowić część dokumentacji medycznej i będą podlegać odpowiedniej ochronie prawnej. TAK NIE

- Przyjmuję do wiadomości, że:
- moje dane osobowe, w tym dane o moim stanie zdrowia będą przetwarzane przez administratora danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do udzielania mi świadczeń opieki zdrowotnej z poszanowaniem wszelkich wymogów prawnych, dotyczących w szczególności ochrony danych osobowych przed dostępem osób trzecich
 - podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek nieprzekazanie danych uniemożliwia uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej
 - mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i do ich poprawiania.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą, dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu.

data i podpis pacjenta



Notatki