

ZABIEG ESTETYCZNY Z ZASTOSOWANIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ

Na czym polega zabieg

Toksyna botulinowa działa przez zmniejszenie napięcia w mięśniach odpowiedzialnych za tworzenie się zmarszczek mimicznych (kurze łapki, zmarszczki poziome i pionowe na czole, wokół ust). Daje to efekt wygładzenia zmarszczek już istniejących i zapobiega powstawaniu nowych. Preparat powoduje odprężenie i zrelaksowanie mięśni twarzy, dzięki czemu pacjenci uzyskują naturalny, świeży wygląd. Toksyną botulinową możemy także leczyć nadpotliwość i bruksizm. Pełne działanie toksyny botulinowej rozwija się po kilku dniach od zabiegu.

Przebieg zabiegu

Zabieg nie jest bolesny, nie wymaga miejscowego znieczulenia, można bezpośrednio po nim wrócić do normalnej aktywności. Toksyna botulinowa w dawkach stosowanych w medycynie estetycznej nie stanowi niebezpieczeństwa dla zdrowia człowieka. Nie ma ograniczeń wiekowych do jej stosowania, bowiem oprócz wygładzania efektem działania preparatu jest spowolnienie pogłębiania istniejących zmarszczek i zapobieganie powstawaniu nowych.

Zabieg nie wymaga szczególnego przygotowania ze strony pacjenta, poza niestosowaniem makijażu przed zabiegiem.

Mechanizm działania toksyny

- klinicznie objawy są widoczne po 2-3 dniach;
- maksymalny efekt terapeutyczny po 5-6 tygodniach;
- działanie ustępuje zwykle po 12 tygodniach od podania produktu;
- odzyskanie kurczliwości zależy od mimiki twarzy i rodzaju mięśnia, np.:
 - mięsień czołowy - 5 miesięcy
 - mięsień okrężny oka 3-6 miesięcy (nigdy nie wraca do masy wyjściowej)

Przeciwwskazania

- Ciąża i okres karmienia piersią
- Choroby płytki nerwowo-mięśniowej (miastenia gravis, zespół Lamberta-Eatona)
- Czynna choroba nowotworowa
- Nadwrażliwość na albuminy
- Zaburzenia psychiczne
- Operacje (zmiana anatomii)
- Interakcje z lekami (aminoklikozydy, pochodne chinolonu, D-penicylaminy, leki przeciwmalaryczne)
- Schorzenia zapalne w miejscu podania (ropnie, trądzik)

Możliwe działania niepożądane

Potencjalne działania niepożądane, choć występują rzadko mogą się zdarzyć, pomimo postępowania zgodnego z wiedzą i sztuką medyczną. Należą do nich:

- Zaczerwienienie w miejscu iniekcji
- Przejściowy obrzęk w miejscu podania
- Nienaturalne nadmierne obniżenie brwi lub uniesienie brwi
- Krwiaki
- Nadmierne łzawienie
- Uczucie rozbicia, objawy grypopodobne
- Ból głowy
- Podwójne widzenie
- Uczucie mrowienia
- Nadmierne zwiótnienie mięśni

Ogólne zalecenia pooperacyjne

- Stosować zalecane metody higieny okolic ciała poddanych zabiegowi
- W przypadku wystąpienia niepokojących dolegliwości lub innych niż wyżej opisane należy skontaktować się z lekarzem

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU ESTETYCZNEGO Z ZASTOSOWANIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ

Z pacjentką(em) przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem/am celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjentkę(ta) zakwalifikowano do zabiegu.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

Po rozmowie z lekarzem, podczas której mogłam zadawać pytania i otrzymałam wyczerpujące odpowiedzi, po zapoznaniu się z rodzajem zabiegu, licząc się z możliwością wystąpienia powikłań oraz śródzabiegową zmianą postępowania dyktowaną wskazaniami medycznymi, wyrażam zgodę na wykonanie **zabiegu estetycznego z zastosowaniem toksyny botulinowej.**

Imię..... Nazwisko.....

.....
data

.....
podpis pacjentki(a)

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Zostałam/em wyczerpująco poinformowana(y) o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
- o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu,
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg:
.....
..... (nazwa zabiegu),
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu.

Poinformowano mnie, że efekty zabiegu uzależnione są od indywidualnych cech pacjenta, takich jak m.in. wiek i stan skóry oraz wcześniejszych zabiegów na danej okolicy ciała.

Lekarz poinformował mnie o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta, a w niektórych sytuacjach mogą być subiektywnie ocenione jako brak efektu. 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.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam/em pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanych leków,
- przebytych zabiegów,

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 uprawia mnie do 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.

Podpis pacjenta/pacjentki/opiekuna.....

Wyrażam zgodę na wykonanie przed i po zabiegu zdjęcia okolicy ciała poddanej zabiegowi w celu udokumentowania zakresu zastosowanego postępowania medycznego i oceny rezultatów.

Słupsk, dnia

