

Modulo di consenso informato per il trattamento con Tossina Botulinica

Il/la sottoscritto/a _____

di anni _____

residente a _____

Via _____

Tel. _____

in vista dell'atto medico-terapeutico sopra indicato conferma di essere stato/a esaurientemente informato/a sulla natura e sugli effetti conosciuti dell'intervento medico richiesto e di seguito descritto.

Il consenso è personale e non delegabile ai familiari (se non per minori o soggetti a tutela).

La tossina botulinica è usata da moltissimi anni per uso neurologico ed oculistico, nel torcicollo spasmodico, nello strabismo come nel blefarospasmo.

Da qualche anno è permessa anche in ambito estetico ed in Italia può essere usata per le rughe glabellari. Per le restanti indicazioni viene fatta come "off-label" e sotto la responsabilità del medico e del paziente che dichiara di esserne a conoscenza.

Sono sufficienti poche iniezioni nei muscoli interessati. La tossina non agisce immediatamente, ma nell'arco dei 7 - 15 giorni seguenti. Dopo un tempo variabile, l'effetto scompare, e il trattamento va ripetuto per mantenere i risultati.

E' possibile che sia interessato un muscolo adiacente a quello che si vuole trattare e che quindi ci siano effetti collaterali che comunque restano transitori, come ptosi del sopracciglio, ptosi della palpebra, ptosi del labbro o dei muscoli zigomatici. Tali effetti sono di regola passeggeri

e durano di norma non oltre qualche settimana. E' possibile la formazione di ematomi.

Non viene fatta una prova allergica in quanto non richiesta.

A volte, raramente, l'effetto terapeutico non è evidente. In questo caso è possibile un ritocco nell'arco di circa 15 giorni, dopo di che la tossina non va ripetuta almeno per 4 mesi.

Nel giorno del trattamento e nel giorno dopo vanno evitati massaggi al viso, saune, tutto ciò che vasodilata, ginnastica eccessiva., come anche bagni turchi.

Le procedure ed i mezzi utilizzati sono quelli che allo stato attuale vengono riconosciuti i più idonei da un punto di vista medico-scientifico. Dichiaro di non essere in gravidanza e di soffrire delle seguenti malattie:

.....
.....

Dichiaro inoltre di essere allergica alle seguenti sostanze:

.....
.....

e di aver già eseguito le seguenti terapie estetiche:

.....
.....

Autorizzo la gestione dei miei dati per uso medico, scientifico ed iconografico, e per pubblicazioni medico scientifiche.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte

Data _____

Firma del paziente

Firma del medico