

Modulo di consenso informato per il trattamento con Tossina Botulinica

Il/la sottoscritto/a _____ di anni _____
residente a _____ in 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.

La Tossina botulinica ha anche un grande effetto nella riduzione della sudorazione e può essere impiegata in modalità "Off label" (non esiste una indicazione autorizzata e viene fatta a paziente consenziente data la grande bibliografia inerente e le esperienze scientifiche documentate) nella iperidrosi di capo, ascelle, mani e piedi e molte altre zone che sudano troppo.

Dopo un tempo variabile, l'effetto scompare, e il trattamento va ripetuto per mantenere i risultati.

E' possibile che l'effetto sia scarso o assente del tutto in quanto richiede dosaggi troppo alti. E' possibile una riduzione della forza della muscolatura dell'area sottoposta al trattamento come ad esempio delle mani. 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, 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, iconografico e per pubblicazioni medico scientifiche.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte

Data _____

Firma del paziente

Firma del medico