

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S APLIKACÍ PŘÍPRAVKU BOTOX®/LETYBO®

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Vypnutí vrásek.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vaší žádosti provede **APLIKACI PŘÍPRAVKU BOTOX®/LETYBO®**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu:

Přípravek BOTOX®/LETYBO® byl registrován ke zlepšení vzhledu redukcí glabellárních (v místě nad kořenem nosu) a vějířkovitých vrásek kolem očí. Obsahuje botulotoxin typu A, neurotoxin, který dočasně zablokuje účinek svalů tím, že deaktivuje nervová zakončení, který tyto svaly ovládají.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Účinek nastupuje za 2-5 dnů po aplikaci a obvykle přetrvává 3-4 měsíce.

Průběh výkonu:

Látka je aplikována injekční metodou do oblasti vhodné k ošetření.

Kontraindikace:

- Známá přecitlivělost na botulotoxin typ A, albumin nebo kteroukoli ze složek přípravku
- Přítomnost infekce v navrhovaném místě aplikace
- Použití u pacientů s myasthenia gravis (onemocnění s výraznou svalovou slabostí) nebo Lambertovým-Eatonovým syndromem (stav připomínající myasthenii gravis)
- Těhotenství a kojení
- Účinek botulotoxinu může být teoreticky potencován aminoglykosidovými antibiotiky, spektinomycinem nebo jinými přípravky, které zasahují do neurosvalového přenosu. Užíváte-li některé antibiotikum, poraďte se před aplikací s lékařem.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

- Lokální svalová slabost představuje očekávané farmakologické působení botuloxinu ve svalové tkáni. Nicméně, byla hlášena slabost ve svazech přilehlých anebo vzdálenějších od místa vpichu injekce.
- Blefaroptóza (pokles očního víčka), která vznikla v důsledku kosmetického použití na glabellární vrásky a která může souviset s injekční technikou.
- Stejně jako u jiných injekčních postupů může být výkon spojen s místní bolestí, zánětem, hypoestezí (snížení citlivosti), citlivostí, otokem, erytémem, lokalizovanou infekcí, krvácením nebo modřinami v důsledku injekčního podání.
- Bolest anebo strach, související s injekcí, mohou způsobit vaso-vagální reakce, např. přechodné symptomatické snížení krevního tlaku nebo mdloby.
- Po injekci botulotoxinu byla také hlášena horečka a chřipkový syndrom.

Alternativy výkonu:

Ošetření kyselinou hyaluronovou, laserový facelift.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Dodržení následného léčebného režimu a opatření.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

- 4 hodiny po ošetření se nedotýkejte aplikované oblasti a nelehejte do vodorovné polohy
- 1 den vynechte fyzickou zátěž a nenavštěvujte solárium, saunu a místa, kde hrozí přehřátí organismu
- 3 dny nepodstupujte kosmetické ošetření (jemně odličovat a líčit se smíte 6 hodin po aplikaci)
- Nevystavujte se změnám atmosferického tlaku (letadlo, hyperbarická komora)
- 2 týdny po zákroku nepodstupujte kosmetické masáže a tepelné procedury, vyhněte se laserovým nebo radiofrekvenčním ošetřením a IPL, neplánujte si ošetření u zubaře

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne:

Jmenovka a podpis lékaře:

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: **Vztah k pacientovi:**