

Modulo di trattamento con tossina botulinica di tipo A

Modulo di Consenso informato e consultazione clinica per pazienti trattati
con Tossina Botulinica di tipo A

Nome paziente: _____

Indirizzo: _____

Codice di avviamento postale: _____

Telefono fisso: _____

Telefono cellulare: _____

Indirizzo Email: _____

Data di nascita: _____

Storia clinica

Si prega di completare il seguente questionario medico

In passato il paziente si è sottoposto a trattamenti estetici (per es. laser, peeling, dermoabrasione, ecc.)? S N

Se sì, fornire maggiori dettagli

Il paziente si è mai sottoposto a trattamenti con filler dermici o tossina botulinica? S N

In caso affermativo, quale trattamento, quali aree sono state trattate e quando?

Attualmente il paziente è sottoposto a qualche trattamento medico? S N

Attualmente sta assumendo qualche integratore alimentare o farmaci? In caso affermativo, si prega di annotarli di seguito:

Il paziente si è mai sottoposto ad interventi chirurgici? S N

Ha mai sofferto di:

Problemi di cuore/angina S N

Problemi di tiroide S N

Patologie autoimmuni S N

Artrite S N

Asma/bronchite S N

Convulsioni S N

Depressione S N

Fuma? S N

Quante sigarette al giorno? _____

In caso di risposta negativa, il paziente ha mai fumato? S N

Quando ha smesso? _____

Assume bevande alcoliche? S N

In caso di risposta affermativa, quanto a settimana? _____

Il paziente si sottopone regolarmente ad attività fisica? S N

In caso affermativo, che tipo di attività?

In caso affermativo, indicare di seguito maggiori dettagli: _____

Ci sono stati ricoveri ospedalieri in passato? S N

In caso affermativo, indicare maggiori dettagli:

Il paziente soffre di qualsiasi tipo di allergia? S N

In caso affermativo, indicare maggiori dettagli:

Pressione alta/bassa S N

Infezioni cutanee labiali da herpes simplex S N

Diabete S N

Ulcera/colite S N

Malattie della pelle (p.es. herpes o acne) S N

HIV/epatite S N

Glaucoma/cataratta S N

Malattie veneree	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Fiebite	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Paralisi di Bell/facciale	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Ipoglicemia	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
La paziente è incinta o allatta al seno?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Ha mai sofferto di forti allergie/anafilassi alla tossina botulinica di tipo A o ai suoi eccipienti?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Ha mai sofferto di forti allergie/anafilassi?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Soffre di miastenia grave o della sindrome di Eaton Lambert?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

Se la risposta a una delle domande precedenti è affermativa, è possibile per il medico richiedere ulteriori dettagli. Il trattamento può essere rifiutato se è contro l'interesse del paziente procedere.

Consenso informato

Il paziente conferma di essere stato informato che:

La Tossina Botulinica di Tipo A è indicata per il temporaneo miglioramento delle rughe verticali, di grado da moderato a grave, tra le sopracciglia al corrugamento, negli adulti di età <65 anni, quando la gravità di tali rughe ha un importante impatto psicologico per il paziente.

Le reazioni avverse, se dovessero avvenire, hanno luogo nei giorni immediatamente successivi all'iniezione e sono transitorie e di gravità lieve o moderata.

Come nel caso di qualsiasi altro farmaco, la Tossina Botulinica di Tipo A può causare reazioni avverse: in questo caso informare il medico immediatamente.

La procedura di inoculo può provocare dolore/bruciore/prurito, edema e/o contusione in associazione con l'iniezione.

Le reazioni avverse più comuni associate all'utilizzo della Tossina Botulinica di Tipo A sono, mal di testa, ptosi (abbassamento della palpebra superiore), eritema, debolezza muscolare localizzata e dolore facciale.

Molto raramente può subentrare una reazione allergica grave dopo il trattamento con Tossina Botulinica di Tipo A.

In caso di gravidanza certa o presunta e allattamento informare il medico prima di effettuare il trattamento.

La Tossina Botulinica di Tipo A è controindicata: in soggetti con ipersensibilità accertata alla tossina botulinica di tipo A o ad uno qualsiasi degli eccipienti della formulazione; in presenza di miastenia grave o della Sindrome di Eaton Lambert; in presenza di infezione ai siti di inoculo da trattare.

La Tossina Botulinica di Tipo A deve essere somministrata soltanto da medici appropriatamente qualificati e con documentata esperienza nel trattamento, muniti delle necessarie attrezzature.

Molto raramente sono state riportate reazioni avverse legate alla tossina botulinica forse connesse alla diffusione del farmaco distante dal sito di somministrazione. I pazienti trattati con dosi terapeutiche possono riportare eccessiva debolezza muscolare. Il trattamento con Tossina Botulinica di Tipo A non è raccomandato a pazienti con una storia di disfagia ed aspirazione. I pazienti o coloro che se ne prendono cura devono essere avvisati di richiedere immediato soccorso nel caso di comparsa di disturbi della deglutizione, della parola o della respirazione.

Un dosaggio eccessivo o troppo frequente può aumentare il rischio di formazione di anticorpi nel sangue che può causare l'insuccesso del trattamento con tossina botulinica di tipo A anche per altre indicazioni.

L'effetto estetico della Tossina Botulinica di Tipo A dura in media 3-4 mesi ma può variare secondo lo stato della pelle, della zona trattata, della quantità di prodotto iniettato, dalla tecnica di inoculo e da fattori legati allo stile di vita quali l'esposizione al sole e il fumo.

Dopo il trattamento, si consiglia di evitare espressioni del viso eccessive, di consumare alcol e di applicare trucco per 12 ore. Si prega inoltre di evitare l'esposizione eccessiva al sole, ai raggi UV, a temperature molto fredde e a saune per 2 settimane dopo il trattamento.

Confermo che _____ il mio medico ha:

- Fornito informazioni sufficienti per capire l'utilizzo di cui sopra al fine di poter prendere una decisione informata
- Dato l'opportunità di rivolgere altre eventuali domande sul trattamento proposto e sono soddisfatta delle risposte ottenute
- Lasciato il tempo di pensare al trattamento sopra descritto
- Ricevuto le informazioni che si riferiscono alla mia storia clinica per quanto io ne sia a conoscenza

Acconsento pertanto a sottopormi al trattamento estetico descritto per mano del mio medico di fiducia

Firma: _____ Data: _____



Numero di Lotto: _____

Data: _____

Note: _____



Numero di Lotto: _____

Data: _____

Note: _____
