

Informovaný souhlas pacienta s provedením korekce vrásek botulotoxinem

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	

Název výkonu**Korekce mimických vrásek aplikací botulotoxinu injekční technikou****Účel výkonu**

Účelem výkonu je odstranit mimické vrásky na čele, v oblasti mezi obočím (glabella) a v okolí očí. Cílem aplikace je přerušit vedení vzruchu do mimického svalu, čímž se zabrání jeho intenzivnímu smršťování, které je hlavní příčinou tvorby vrásek.

Povaha výkonu

Výkon trvá cca 30 minut. Botulotoxin aplikujeme pomocí tenké jehly do problémových oblastí, kde je mimikou vytvářeno nejvíce vrásek. Aplikace pomocí tenké jehly je mírně bolestivá, před výkonem je možné aplikovat znečítlivující krém. Výsledky jsou viditelné v průměru za 5-15 dní. Mimická vráska je mělká až vyhlazena, dále se netvoří ani neprohlubuje. Efekt je dlouhodobý (obvykle 3-6 měsíců), ale není trvalý. Po výkonu nedochází k žádnému nepříznivému dopadu na váš každodenní život.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem výkonu je zmírnit příznaky stárnutí pleti odstraněním mimických vrásek. Pro dosažení a udržení optimálního efektu je potřebné aplikaci botulotoxinu opakovat.

Alternativa výkonu

- ☐ aplikace výplňových materiálů
- ☐ laserové ošetření

Možná rizika zvoleného výkonu

V některých případech se mohou vyskytnout lehké zarudnutí a pálení, mírný otok nebo drobný hematom (vzácně) v místě aplikace botulotoxinu, které samovolně vymizí. Velmi vzácně se může vyskytnout alergie na složky přípravku nebo dočasné omezení funkce svalu mimo ošetřenou oblast.

Doporučení po výkonu po dobu 4 hodin

- ☐ vzpřímená poloha hlavy (nelehat, nepředklánět)
- ☐ nesahat na ošetřená místa
- ☐ procvičit svaly léčených oblastí nejdříve 30 min. po aplikaci (mračit se, smát se..)

Doporučení po výkonu po dobu cca 2 dní

- ☐ necvičit
- ☐ pouze jemné doteky v místě aplikace (při mytí, odličování, krémování)
- ☐ kosmetickou masáž možno absolvovat až za **2 týdny** po aplikaci

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby:	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře , který podal informaci	Podpis lékaře , který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina