

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA - BOTOX

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances y riesgos del mismo, como así también las características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al

Dr./a....., y a su equipo, a realizar un procedimiento conocido como **APLICACIÓN DE BOTOX**, que se realizará

en.....

2. La toxina botulínica, es una neurotoxina elaborada por una bacteria denominada Clostridium botulinum. Se trata de uno de los venenos más poderosos que existen. La capacidad que posee la toxina botulínica para producir parálisis muscular por denervación química se aprovecha para usarla como medicamento en el tratamiento de ciertas enfermedades neurológicas y como producto cosmético para tratamiento estético de las arrugas faciales.

3. La inyección de Toxina Botulínica Tipo A causa una reducción selectiva y temporal de la contracción en la musculatura hiperactiva, durante un periodo medio de 12.5 semanas, mediante la acción selectiva en las terminaciones nerviosas colinérgicas periféricas. Se realiza a través de pequeñas agujas dentro del mismo músculo. Los beneficios se verán después del quinto al séptimo día.

4. Las indicaciones principales del tratamiento mediante inyección de Toxina Botulínica Tipo A son:

4.1 Estrabismo y Bleforoespasma asociados a distonía muscular.

4.2 Asimetría facial y arrugas faciales causadas por la hiperactividad muscular.

4.3 Hiperhidrosis o exceso de sudoración en axilas.

5. Entiendo que pueden ser necesarias varias sesiones para completar la serie de inyecciones. Sé que los efectos de este tratamiento NO son permanentes. -

6. El procedimiento enunciado en el punto 1º me ha sido totalmente explicada por el profesional, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias del mismo, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

6.1 Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de todo procedimiento invasivo, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:

6.2.1 **Frecuentes:** En el tratamiento de la hiperhidrosis plantar, palmar y/ o axilar, se ha evidenciado que un 25% de los pacientes aprecian solo una leve mejoría o no aprecian resultado alguno, reacciones alérgicas.

6.2.2 **Menos frecuentes:** Cambios temporales en la sensibilidad cutánea, asimetrías, infección, debilidad muscular.

6.2.3 **Infrecuentes y Graves:** Disfagia, neumonía aspirativa relacionada a la diseminación de la toxina botulínica tras el uso de medicamentos que la contienen.

7. Estoy en conocimiento de que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo tanto, autorizo y requiero que el profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional. Así también autorizo a que el profesional o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-procedimiento.-

8. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.-

9. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el procedimiento, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo

hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

10. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros

profesionales. Manifiesto ser alérgico a:

11. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

12. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

13. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo el procedimiento indicado.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.-

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: