

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA – BOTOX

Ciudad:

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 el procedimiento conocido como **APLICACIÓN DE BOTOX**.

2. La toxina botulínica, es una neurotoxina elaborada por una bacteria denominada Clostridium botulinum. 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. El procedimiento se realiza a través de la aplicación de pequeñas agujas dentro del mismo músculo.

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.

4.4 Espasticidad o distonía reversible.

4.5 Persistencia de funcionalidad del miembro, que previsiblemente pueda mejorar al disminuir la espasticidad o la distonía.

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

6. El procedimiento me ha sido totalmente explicado 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.

Asimismo, se me ha explicado que las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de todo procedimiento invasivo, así como aquellas relacionadas con el estado vital del paciente. A modo ejemplificativo se mencionan algunas de las complicaciones que podría presentar: hiperhidrosis plantar, palmar y/ o axilar, reacciones alérgicas, cambios temporales en la sensibilidad cutánea, asimetrías, infección, debilidad muscular, disfagia, neumonía aspirativa relacionada a la diseminación de la toxina botulínica tras el uso de medicamentos que la contienen, etc.

7. Estoy en conocimiento que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.

8. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizado la obtención del mismo.

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. Doy fe de 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.

11. Manifiesto ser alérgico a:

12. Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.

13. He leído y entendido acabadamente el presente consentimiento, por lo que autorizo el procedimiento indicado.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:

Aclaración/Sello:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente consentimiento 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.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Vínculo con el paciente: