

Информированное добровольное согласие пациента на инъекцию препаратов токсина ботулизма

«__» _____ 202__ г.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента)

Я, _____,
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною
Пациента

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что, проинформирован врачом о состоянии моего здоровья
и предварительном диагнозе _____

В связи с этим мне рекомендовано проведение инъекций препаратов токсина
ботулизма _____
в область _____.

Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также
возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и мне
полностью понятны.

Мне разъяснено, что перед проведением процедуры я имею право отказаться от
процедуры.

Мне предоставлена, в доступной для меня форме, полная информация о целях,
характере и особенностях процедуры:

Ботулинический токсин типа А – это периферический миорелаксант. Он блокирует
выброс ацетилхолина в пресинаптических холинергических нервных окончаниях путем
расщепления SNAP-25 белка. Клинические признаки проявляются в течение 2-3 дней, а
максимальный эффект наблюдается в течение 5-6 недель, длительность эффекта – около
3-4х месяцев.

Показания и цели оказания медицинской помощи: устранение хронического
мышечного спазма; спастичность (в руках/ногах при различных заболеваниях нервной
системы или последствиях нарушения мозгового кровообращения); двигательные
расстройства; фокальные дистонии и другие двигательные нарушения (блефароспазм
(непроизвольное сокращение круговой мышцы глаза)), цервикальная дистония, тремор;
гемифациальный спазм, бруксизм, мигрень и головная боль напряжения; последствия
невропатии лицевого нерва; миофасциальный болевой синдром.

_____ (иное указать).

Методы оказания медицинской помощи: внутримышечное или подкожное введение препаратов,

Запланированный результат: под воздействием препарата ботулотоксина, в зависимости от типа ткани, нарушается холинергическая нервно-мышечная передача или холинергическая вегетативная передача импульсов к гладким мышцам, потовым, слезным, слюнным железам.

Связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений: мне разъяснено, что имеются **противопоказания к вмешательству:** гемофилия, миастения, локальный воспалительный процесс, беременность, период лактации, нервно-мышечные нарушения (синдром Ламберта-Итона, миастения, миастенические и миастеноподобные синдромы, нарушения сократительной способности мышц, снижение сухожильных рефлексов), **относительными противопоказаниями к вмешательству являются:** срок менее 3 месяцев после перенесенной операции в том числе пластической, повышенная температура тела, аллергические реакции на препараты в прошлом, эпилепсия, соматические заболевания в стадии обострения, склонность к образованию рубцов.

Мне разъяснено, что при непредставлении медицинскому работнику информации о наличии противопоказаний и их скрытом течении возможно развитие осложнений имеющихся заболеваний и ожидаемый эффект вмешательства не будет достигнут.

Мне разъяснено, что в течение 2-4 дней после вмешательства может сохраняться болезненность при пальпации. При тромбировании сосуда, несоблюдении мер асептики и антисептики возможно формирование фиброза, некроза тканей.

После введения место инъекции не следует массировать во избежание диффузирования препарата в окружающие ткани.

В целях достижения наилучшего эффекта вмешательства не рекомендуется:

- занимать горизонтальное положение в течение 3-4 часов после процедуры;
- в течение минимум 2 суток загорать;
- посещать сауну и массаж;
- в течение 2 недель - принимать антибиотики;
- делать какие-либо физиотерапевтические процедуры, микротоки, ультразвук на зону введения препарата;
- производить повторное введение препарата ранее чем через 3 месяца. Разъяснено, что раннее повторное введение препаратов может привести к синтезу нейтрализующих антител и неэффективности дальнейших процедур;
- прием аспирина и других лекарств, уменьшающих свертываемость крови, увеличивает вероятность развития гематом в местах инъекций;
- в зависимости от индивидуальных особенностей организма может потребоваться коррекция через 2-3 недели.

Мне разъяснено, что к осложнениям инвазивного вмешательства относятся: аллергический дерматит, локализованная крапивница, острые поверхностные и глубокие пиодермиты, активизация герпетической инфекции, очаги некроза, распространенная крапивница, отек Квинке, токсикодермия, обострение атопического дерматита, бронхиальной астмы и др. отёк места инъекции, головные боли, мигрень, парестезии (нарушение чувствительности),

астенопия (слабость зрения), диарея, тошнота, слезотечение, отёчность верхних и нижних век, выворот век, фотофобия (светобоязнь), утомляемость, гриппоподобный синдром, диплопия (двоение в глазах), нарушение артикуляции, онемение, нарушение чувствительности, частичный паралич лица, асимметрия лица.

Я понимаю, что во время процедуры я могу испытывать дискомфорт различной степени.

Я понимаю, что во время процедуры у меня могут возникнуть раздражение и покраснение кожи.

Мне разъяснено и я осознаю, что процедура не гарантирует мне 100% желаемого результата.

Я понимаю, что процедура может быть мне противопоказана по индивидуальным причинам. Противопоказания обсуждаются врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

В случае проявления неожиданных реакций, в том числе реакций кожи (раздражение, покраснение, высыпания, воспаления), я немедленно свяжусь со специалистом, проводившим процедуру.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (на) на то, что ход процедуры может быть изменен врачом по его усмотрению.

Я предупрежден(а) и понимаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций и назначений) врача, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, либо быть причиной осложнений, неблагоприятных последствий, требующих последующего длительного лечения.

Я сообщил(а) правдивые и достоверные сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я _____
согласен (на) /не согласен (на) на фото- видеосъемку хода процедуры и демонстрации лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я согласен(на) с вышеперечисленными пунктами и намерен(а) пройти процедуру введения препаратов токсина ботулизма. Я подтверждаю, что буду следовать рекомендованному курсу пред- и постпроцедурного ухода.

Мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно даю свое согласие на проведение процедуры _____.

Экземпляр Информированного добровольного согласия мной получен.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом частной медицинской организации ООО «МЕДИЦИНА» (коммерческое название «Клиника Доктор Проф»).

Беседу провел врач _____
(подпись, Ф.И.О.)

Пациент с полученной информацией и рекомендациями до/после процедуры ознакомлен, согласен. Пациент согласился с проведением медицинского

вмешательства

(подпись, Ф.И.О.)

«__» _____ 202__г.