



Consentimiento Informado Para
Tratamiento Con Toxina Botulínica

Consentimiento Informado Para Tratamiento Con Toxina Botulínica

Consentimiento Informado Para Tratamiento Con Toxina Botulínica

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado en qué consiste el tratamiento con TOXINA BOTULÍNICA.

INFORMACIÓN

El tratamiento con toxina botulínica tipo A causa la reducción selectiva y temporal de la contracción en la musculatura hiperactiva durante un período medio de 12,5 semanas mediante la acción selectiva en las terminaciones nerviosas colinérgicas periféricas.

Normalmente el tratamiento con toxina botulínica tipo A no precisa anestesia, pero en determinadas circunstancias puede requerirse.

Es necesario que, previo al procedimiento, advierta de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

¿En qué consiste en tratamiento?

1. Consiste en la inyección de toxina botulínica A en aquellas áreas donde se pretende obtener su efecto. Las indicaciones principales del tratamiento son:
2. Asimetría y arrugas faciales causadas por la hiperactividad muscular en la zona frontal, peri orbitaria, peri bucal y cervical.
3. Hiperhidrosis o exceso de sudoración en axilas y manos.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación actual del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad).

Específicos del procedimiento.

- Poco frecuentes y poco graves: Infección, cambios en la sensibilidad cutánea, reacciones alérgicas, asimetría de la zona tratada, sequedad de manos y axilas por hipo funcionalidad temporal de los anexos cutáneos y glándulas sudoríparas.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven en forma espontánea, pero pueden llegar a requerir una reintervención.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

¿Qué otras alternativas hay?

Las formas alternativas de manejo consisten en no tratar las áreas susceptibles de tratamiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me han permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento con
TOXINA BOTULÍNICA.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).