

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: применение препарата ботулинического токсина типа А ЛАНТОКС® для лечения гипергидроза

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства: применение препарата ботулинического токсина типа А (ЛАНТОКС®) в целях лечения гипергидроза.

Используемый лекарственный препарат:

ЛАНТОКС® (лиофилизат для приготовления раствора для инъекций, 100 ЕД).

Номер серии препарата		Область коррекции	Кол-во единиц введенного препарата
Объем растворителя			
Общая доза введенного препарата			

Мне разъяснена и понятна вся изложенная ниже информация.

- Понятие и механизм применения препарата.** Инъекции ботулинического токсина типа А (БТА) являются малоинвазивной процедурой. При введении в целевую зону БТА блокирует высвобождение нейромедиатора ацетилхолина, необходимого для осуществления нервно-вегетативной передачи. Это приводит к временному снижению активности потовых желез и уменьшению потоотделения в зоне введения.
- Срок эффективного действия препарата.** Продолжительность клинического эффекта составляет 16–20 недель (в среднем 4–5 месяцев) и зависит от индивидуальных особенностей организма, а также от зоны введения. Повторные инъекции проводятся по мере необходимости, но не ранее чем через 2 месяца после предыдущей процедуры.
- Действие препарата.** Действие препарата начинается в течение 4–7 дней после проведенной инъекции.
- Необходимость повторного осмотра.** Необходимо явиться на повторный осмотр через 14 дней после проведенной процедуры для оценки и контроля результатов.
- Возможные побочные эффекты.** В срок до 1 месяца после инъекции могут наблюдаться проходящие побочные эффекты:
 - локальные микрогематомы (синяки) в местах инъекций;
 - легкая преходящая слабость мелких мышц кисти или пальцев руки (при инъекциях в область ладоней);
 - боль, отечность, раздражение кожи в месте инъекции;
 - компенсаторное потоотделение в других зонах.
- Противопоказаниями к инъекции препарата на основе токсина ботулизма типа А являются:**
 - миастения;
 - гемофилия;
 - прием антибиотиков — аминогликозидов;
 - беременность, лактация;
 - инфекционный процесс в месте предполагаемой инъекции.
- Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о:**
 - хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях;
 - аллергических реакциях, в том числе на медицинские препараты;
 - лечении, процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время;
 - лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время;
 - вредных привычках.
- Я предупрежден(а), что в случае неполной или недостаточной информации по указанным вопросам в результате проведения данной процедуры могут возникнуть осложнения.**
- Я удостоверяю, что ознакомилась(ся) с приведенной выше информацией, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, и я подтверждаю свое согласие на процедуру.**

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

ФИО пациента: _____

Подпись пациента _____

Врач: _____

Подпись врача _____