COSMO CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

INFORMIRANI PRISTANAK ZA PRIMJENU BOTOXA (BOTULINUM TOKSINA)

Ime i prezime pacijenta: _____
Indikacija za primjenu terapije: DINAMIČKE BORE NA LICU

Botox, odnosno botulinum toksin, je pročišćeni protein dobiven od bakterije *Clostridium botulinum*. U estetske svrhe koristi se za **smanjenje dinamičkih bora na licu i vratu**. Kada se ubrizga u mišić u vrlo malim dozama, Botox blokira živčane impulse tih mišića, što rezultira smanjenjem ili nestankom dinamičkih bora.

Kandidati za Botox su najčešće pacijenti sa borama na čelu (horizontalne frontalne, glabelarne vertikalne i horizontalne bore), oko očiju, usana, vrata i drugih područja lica.

Prije zahvata precizno se određuju točke uboda koje se nalaze u borama. Botox se priprema i ubrizgava inzulinskom iglom subkutano ili direktno u mišić. Ovaj postupak je minimalno bolan i obično se izvodi uz lokalnu (topikalnu) anesteziju.

Postaplikacijski tretman

Odmah nakon zahvata možete se vratiti uobičajenim aktivnostima.

Djelovanje počinje nakon 3-4 dana, a puni efekt se postiže u roku od 7–10 dana.

Rezultat traje od 3 do 6 mjeseci. Kada efekt slabi, kontrakcije mišića i bore se vraćaju. Ponovljeni tretmani mogu produžiti trajanje efekta.

Mogući neželjeni učinci

- Modrice i bol na mjestu uboda
- Crvenilo kože
- Glavobolja
- Simptomi nalik gripi
- Mučnina
- Privremena slabost mišića, npr. pad vjeđe
- Veoma rijetko, širenje toksina izvan područja tretmana s simptomima sličnim botulizmu

Svi neželjeni učinci su obično **prolazni**.

COSMO
CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

Kontraindikacije

- Alergija na botulinum toksin
- Trudnoća i dojenje
- Poremećaji zgrušavanja krvi
- Autoimuna oboljenja

Pristanak

Ovim potvrđujem da razumijem sve informacije koje mi je dao liječnik, kao i sadržaj ovog dokumenta. Dajem svoj **dobrovoljni pristanak** za izvođenje predložene intervencije (uključujući druge potrebne postupke) od strane liječnika, njegovih asistenata i drugog obučenog medicinskog osoblja, kao i prisustvo medicinskog promatrača tijekom zahvata.

Potpis pacijenta (ili zakonskog skrbnika): _____

Potpis liječnika: _____

Datum: _____