

## PREPARAZIONE BOTOX VISO

**SIGLA:** TTB1

**DURATA DEL TRATTAMENTO:** circa 40 minuti

**INDICAZIONI:** rughe verticali (glabellari), rughe cantali laterali (perioculari, zampe di gallina), e rughe frontali.

**MODI DI ESECUZIONE E TRATTAMENTO:** micropunture sottocutanee oppure nei muscoli facciali da trattare.

**LOCALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO:** fronte, zona perioculare, zona glabellare.

### INDICAZIONI PRIMA DEL TRATTAMENTO

Il giorno del trattamento la pelle deve essere:

- ✓ pulita senza creme medicate sul viso;
- ✓ integra, senza infiammazioni o lesioni.

E' possibile mettere una crema idratante sul viso.

**E' necessario presentarsi 40 minuti prima del trattamento, per mettere la crema anestetica.**

**EFFETTI COLLATERALI:** possibile sensazione di fastidio, indolenzimento, dolore durante il trattamento, possibile comparsa di piccoli lividi in corrispondenza dei siti di iniezione. Il paziente potrebbe accusare mal di testa, debolezza muscolare e cedimenti del viso, sdoppiamento della vista, allergia agli eccipienti e la formazione di anticorpi che neutralizzano la tossina botulinica, rendendola inefficace.

**CONTROINDICAZIONI:** malattie neuro muscolari, come la miastenia grave e la sindrome di Eaton Lambert, infezioni o infiammazioni in atto nella zona da infiltrare, allergia accertata alla tossina botulinica o ad una delle altre sostanze eccipienti, antibiotici (amminoglicosidici e spectinomicina), farmaci antiaggreganti e anticoagulanti, gravidanza ed allattamento.

### INDICAZIONI POST TRATTAMENTO

I pazienti non devono, per almeno due giorni:

- ✓ prendere il sole;
- ✓ fare lampade;
- ✓ fare massaggi con creme medicate;
- ✓ evitare ambienti non igienici;
- ✓ lavare e asciugare i capelli;
- ✓ eseguire attività fisica e sauna.

Per le 3 o 4 ore successive al trattamento è sconsigliato:

- ✓ sdraiarsi,
- ✓ fare movimenti eccessivi,
- ✓ mettere il casco;
- ✓ fumare.

## CONSENSO INFORMATO TOSSINA BOTULINICA

Nome e Cognome Paziente \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Dichiaro di avere ricevuto adeguata informazione dal Dott. Dima Stefan e di aver compreso le modalità, le controindicazioni, i possibili risultati, rischi, effetti collaterali ed eventuali alternative terapeutiche correlati al trattamento proposto di \_\_\_\_\_

In particolare, sono consapevole del fatto che la terapia potrebbe:

- non essere definitiva, completa, totale, il numero di sedute indeterminato;
- lasciare cicatrici, infezioni, sanguinamento, zone ipo ed ipercromiche, peggiorare i sintomi;
- far comparire, se pur raramente, nel sito dell'iniezione necrosi, ascessi, granulomi, indurimenti, noduli, ipersensibilità ed asimmetria del volto.

Dichiaro inoltre di:

- non avere insufficienza respiratoria, renale, epatica, cardiaca, patologie cardiache, diabete, anemia grave, in trattamento con anticoagulanti;
- non essere in stato di gravidanza o di allattamento;
- di aver informato il medico sullo stato di salute, farmaci o situazioni patologiche;
- aver preso visione dell'informativa cartacea relativa al trattamento prescritto, disponibile nella struttura e/o sul sito web [www.usi.it](http://www.usi.it) ;
- essere consapevole che il trattamento può essere interrotto in qualsiasi momento, su parere del personale sanitario o su mia personale richiesta;
- impegnarmi a rispettare i comportamenti prima e post-trattamento prescritti o indicati dal personale sanitario.

Sono stato inoltre informato che \_\_\_\_\_giorni prima, non devo prendere sole (lampade U.V.) per un minimo \_\_\_\_\_giorni dopo la fine della terapia.

Liberamente acconsento di essere sottoposto alle tecniche ritenute più idonee ed opportune al mio caso specifico e di rispettare le indicazioni diagnostiche e terapeutiche salvo controindicazioni.

Ciò premesso,  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO al trattamento.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma Paziente (o Genitore/Tutore): \_\_\_\_\_ Firma Medico \_\_\_\_\_