

**ZGODA PACJENTA NA ZABIEG Z UŻYCIEM PRAPARATU AZZALURE®
POZA WSKAZANIAMI MEDYCZNYMI**

Imię..... Nazwisko.....

Data urodzenia.....Nr telefonu.....

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że zostałam-em poinformowana/-ny wyczerpująco o właściwościach oraz zastosowaniu toksyny botulinowej o nazwie Azzalure®.

Oświadczam również, że zapoznałam/-em się z przeciwwskazaniami dot. zastosowania preparatu Azzalure®, do których należą:

- nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników preparatu
- zaburzenia w połączeniach nerwowo-mięśniowych (miastenia gravis, miopatie)
- terapia amino glikozydowa
- ciąża i okres karmienia piersią

A także zostałam/-empoinformowana/-y o możliwych działaniach niepożądanych, które mogą wystąpić po wykonaniu iniekcji z preparatem Azzalure®, do których należą:

- zaczerwienienie w miejscu wystrzyknięcia
- ból w miejscu wstrzyknięcia
- opadnięciu powieki

W trakcie rozmowy miałam/-em możliwość zadawania pytań, na które uzyskałam/-em wyczerpujące odpowiedzi ze strony kosmetologa.

Zostałam/-em również poinstruowany w zakresie zachowania środków ostrożności po zabiegu.

Dodatkowo poinformowano mnie, że okres utrzymania efektów po iniekcji preparatu Azzalure® wynosi od 4 do 6 m-cy, jednak może on się różnić w zależności od indywidualnych cech każdej osoby.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, oświadczam, że nie zataiłam/-em żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu z wykorzystaniem preparatu Azzalure®.

Podpis Data.....