

**Dr. Alfredo Astori**  
**P.le Barsanti, 3 - 21052- Busto Arsizio (VA)**

**Modulo di consenso informato per il trattamento con Tossina Botulinica**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ di anni \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

in vista dell'atto medico-terapeutico sopra indicato conferma di essere stato/a esaurientemente informato/a sulla natura e sugli effetti conosciuti dell'intervento medico richiesto e di seguito descritto.  
Il consenso è personale e non delegabile ai familiari (se non per minori o soggetti a tutela).

La tossina botulinica è usata da moltissimi anni per uso neurologico ed oculistico, nel torcicollo spasmodico, nello strabismo come nel blefarospasmo.

Da qualche anno è permessa anche in ambito estetico ed in Italia può essere usata per le rughe glabellari. Per le restanti indicazioni viene fatta come off-label e sotto la responsabilità del medico e del paziente che dichiara di esserne a conoscenza.

Sono sufficienti poche iniezioni nei muscoli interessati. La tossina non agisce immediatamente, ma nell'arco dei 7 - 15 giorni seguenti.

Dopo un tempo variabile, l'effetto scompare, e il trattamento va ripetuto per mantenere i risultati.

E' possibile che sia interessato un muscolo adiacente a quello che si vuole trattare e che quindi ci siano effetti collaterali che comunque restano transitori, come ptosi del sopracciglio, ptosi della palpebra, ptosi del labbro o dei muscoli zigomatici. Tali effetti sono di regola passeggeri e durano di norma non oltre qualche settimana. E' possibile la formazione di ematomi.

Non viene fatta una prova allergica in quanto non richiesta.

A volte, raramente, l'effetto terapeutico non è evidente. In questo caso è possibile un ritocco nell'arco di circa 15 giorni, dopo di che la tossina non va ripetuta almeno per 4 mesi.

Nel giorno del trattamento e nel giorno dopo vanno evitati massaggi al viso, saune, tutto ciò che vasodilata, ginnastica eccessiva., come anche bagni turchi.

Le procedure ed i mezzi utilizzati sono quelli che allo stato attuale vengono riconosciuti i più idonei da un punto di vista medico-scientifico.

Dichiaro di non essere in gravidanza e di soffrire delle seguenti malattie:

.....

Dichiaro inoltre di essere allergica alle seguenti sostanze:

.....

e di aver già eseguito le seguenti terapie estetiche:

.....

Autorizzo la gestione dei miei dati per uso medico, scientifico ed iconografico.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente

Firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_