

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES



ÁCIDO HIALURÓNICO

El ácido Hialurónico es un gel estéril reticulado de 22 mg/ml de origen no animal. Es un producto seguro y totalmente metabolizable por el cuerpo humano. Es utilizado para el aumento del tejido facial mediante inyección en las áreas que se pretende tratar. Tratamiento de líneas de expresión, arrugas y pliegues faciales, así como para el aumento del volumen de los labios. Es un producto que ya ha sido utilizado en Europa, Asia y Latinoamérica.

Se me ha explicado claramente el objetivo, la naturaleza y las consecuencias del tratamiento con ácido Hialurónico, aspectos que entendí claramente. Han sido respondidas satisfactoriamente todas mis preguntas y los siguientes puntos fueron explicados específicamente:

No puede predecirse ni garantizarse el grado real de mejoría. Además, entiendo que el efecto de las inyecciones irá desapareciendo gradualmente y pueden ser necesarios tratamientos adicionales para mantener el efecto deseado. El producto no debe ser inyectado vía intravenosa. No utilizar el producto en los siguientes casos: - Pacientes con un historial de alergias severas, anafilaxia o hipersensibilidad al ácido hialurónico. - Pacientes con tendencia a desarrollar cicatrices hipertróficas. - Pacientes con historia de enfermedad por streptococo. - Mujeres embarazadas o en lactancia. - Niños. - Pacientes con la piel inflamada o infectada.

Pueden presentarse los siguientes efectos secundarios, entre otros: Al igual que con todos los tratamientos transdérmicos pueden desarrollarse alergias durante o después de la aplicación de la inyección. Igualmente existe el riesgo de infección, por lo cual se deben seguir todas las precauciones estándar para el uso de productos inyectables. Sensación de protuberancia o engrosamiento bajo la piel, hematoma, enrojecimiento, prurito, dolor, sensibilidad o inflamación leve. Las inyecciones en el área de los labios pueden desencadenar una recurrencia de infecciones herpéticas (Herpes simple) en pacientes con historia de este tipo de afecciones.

Doy fe de que he respondido y he informado de manera veraz toda la información sobre mis antecedentes médicos.

Yo, _____ mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía _____ - he leído y he entendido la información de este consentimiento y doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento descrito en este documento.

En constancia de lo anterior firmo el presente documento. Ciudad:

Fecha Procedimiento: Producto:

Firma del Paciente Cc

+57 314 5967994

@ceousacademy

ceolatino@ceodent.com

TOXINA BOTULINICA



La Toxina Botulinica bajo la marca Botox ® es un medicamento que permite ser usado con fines terapéuticos y cosméticos, es así que ambos usos se encuentran aprobados por la autoridad sanitaria colombiana INVIMA. En cuanto a los usos terapéuticos , debe destacarse que es aceptado para el tratamiento de diversas patologías tales como: oftalmología: blefaroespasma esencial benigno o asociado a distonía, estrabismo y distonía focal; neurología: parálisis cerebral, tremor espasticidad, distonías, mioclonías, espasmo hemifacial , cefalea tensional, torticollis espasmódica; urología: hiperactividad del músculo detrusor de la vejiga ; otorrinolaringología: tremor palatal esencial, disfonía espasmódica; dermatología: hiperhidrosis refractaria a tratamientos convencionales; Odontología: Pacientes con bruxismo.

Frente a su uso cosmético se ha autorizado a Botox® como tratamiento para líneas faciales hiperfuncionales (líneas de expresión), este tratamiento no es para una patología sino para mejorar la estética de las personas . Bajo este criterio, nuestra compañía ha desarrollado, desde el año 2000, la línea estética y cosmética del producto Botox®. En este orden de ideas, el producto Botox® tiene diferentes usos que por sus características tiene distintos mercados y formas de comercialización. Es así que para el uso terapéutico, es claro que su forma de distribución se hace a través del canal institucional. Para el uso cosmético, su canal de distribución es el mercado privado.

Se me ha explicado claramente el objetivo, la naturaleza y las consecuencias del tratamiento con dicho producto, aspectos que entendí claramente. Han sido respondidas satisfactoriamente todas mis preguntas y los siguientes puntos fueron explicados específicamente:

No puede predecirse ni garantizarse el grado real de mejoría. Además, entiendo que el efecto irá desapareciendo gradualmente y pueden ser necesarios tratamientos adicionales para mantener el efecto deseado. El producto no debe ser inyectado vía intravenosa.

BOTOX está contraindicado en: - individuos con hipersensibilidad conocida a toxina botulínica tipo A o a cualquiera de los excipientes de la formulación que se enumeran en la sección 6.1. - en caso de que exista infección en el (los) punto(s) de inyección propuestos. BOTOX también está contraindicado para el tratamiento de trastornos vesicales:

- en pacientes que presentan una infección de las vías urinarias en el momento del tratamiento; - en pacientes con retención urinaria aguda en el momento del tratamiento, que no se cateterizan de modo rutinario; - en pacientes que no desean o no pueden cateterizarse después del tratamiento en caso necesario.

Pueden presentarse efectos secundarios, Al igual que con todos los tratamientos transdérmicos pueden desarrollarse alergias durante o después de la aplicación de la inyección. Igualmente existe el riesgo de infección, por lo cual se deben seguir todas las precauciones estándar para el uso de productos inyectables. Sensación de protuberancia o engrosamiento bajo la piel, hematoma, enrojecimiento, prurito, dolor, sensibilidad o inflamación leve.

Doy fe de que he respondido y he informado de manera veraz toda la información sobre mis antecedentes médicos.

Yo, mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía - he leído y he entendido la información de este consentimiento y doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento descrito en este documento.

+57 314 5967994

@ceousacademy

ceolatino@ceodent.com



En constancia de lo anterior firmo el presente documento.

Ciudad:

Fecha Procedimiento:

Producto:

Firma del Paciente cc



 +57 314 5967994

 @ceousacademy

 ceolatino@ceodent.com