

اسم العميل: _____

رقم السجل الطبي: _____

تاريخ الميلاد: _____

الموافقة على العلاج باستخدام البوتوكس (BOTOX®)
(توكسين البوتولينيوم A) القابل للحقن

المعلومات الأساسية والغرض

اقترح طبيبك نظامًا للعلاج باستخدام البوتوكس (توكسين البوتولينيوم A) القابل للحقن في

وقد تم اقتراح هذا العلاج بسبب فرط الضغط (الإجهاد الزائد، الشد العضلي) في الذراعين أو الرجلين. وتمت مناقشة العلاجات البديلة مثل العلاج الطبيعي والأدوية والجبيرة والدعائم والجراحة.

وتحتوي مادة BOTOX® (البوتوكس) على نسبة صغيرة للغاية من الألبومين، منتج من دم الإنسان، المعتمدة للاستخدام في الأغراض الطبية من قِبَل وزارة الصحة الكندية.

الإجراءات العلاجية

أفهم أنه سيتم حقن مادة BOTOX® (البوتوكس) (وضعها في حقنه) في عضلة واحدة أو أكثر. أفهم أنه قد يلزم الخضوع للعلاج بالحقن كل 6 - 3 أشهر.

أعرف أن وصف وزارة الصحة الكندية لاستخدام مادة BOTOX® (البوتوكس) يشير فقط إلى استخدامه لعلاج الحنف الحركي (اعوجاج إصبع القدم) باستخدام الجرعات الموصى بها ومقدارها 6 وحدات لكل كيلوجرام بحد أقصى 200 وحدة كل ثلاثة أشهر. أدرك أن الطبيب المعالج لطفلي قد يوصي باستخدام جرعة أكبر لعلاج الطفل من فرط الضغط. أفهم أن الجرعة الموصى بها من قِبَل الطبيب المعالج لطفلي تم حسابها استنادًا إلى أفضل معلومات علمية متوفرة، ووزن الطفل وعدد العضلات المراد حقنها.

لقد تم إبلاغي بأنه قد تحدث آثار جانبية منها على سبيل المثال:

- تورم أو نزيف أو تكدم في منطقة الحقن (بنسبة مُقدَّرة 0.8% أو 8 من بين كل 1000 مريض)
- ضعف موضعي مؤقت في مكان الحقن (بنسبة مُقدَّرة 1%)
- سلس بول مؤقت (بنسبة مُقدَّرة 1%)
- ضعف في العضلات القاصية التي لم يتم حقنها مما يوضح انتشار مادة التوكسين على نطاق أوسع مما هو مطلوب (قد تتضمن الأعراض تدلي جفون العينين أو التلعثم أثناء الكلام أو صعوبة في البلع أو صعوبات في التنفس أو ضعف عام في العضلات وقد تتراوح مدى الخطورة من حالات بسيطة للغاية إلى بالغة الخطورة) (النسبة المُقدَّرة 0.4% أو 4 من كل 1000)

أدرك أنه في عدد صغير من الحالات، قد يؤدي استخدام BOTOX® (البوتوكس) إلى صعوبة في البلع أو الكلام أو التنفس وفي حالات نادرة للغاية كان استخدام مادة BOTOX® (البوتوكس) مصحوبًا بالدخول إلى المستشفى والوفاة. لقد تم منحي معلومات حول العلامات والأعراض الناجمة عن التفاعل السلبي لمادة BOTOX® (البوتوكس) والتي قد تظهر بعد العلاج بمدة يوم على أقرب تقدير أو بعد عدة أسابيع على أقصى تقدير. لقد علمت أنه يتعين عليّ إحصار طفلي لتلقي الرعاية الطبية العاجلة في حالة ظهور هذه العلامات أو الأعراض عليه. أدرك أن استخدام مادة BOTOX® (البوتوكس) قد كان مصاحبًا ببعض النوبات بالرغم من عدم وجود دليل واضح على أن مادة BOTOX® (البوتوكس) هي السبب وراء تلك النوبات. أدرك أن مادة BOTOX® (البوتوكس) تسبب الإصابة ببعض الضعف في العضلات التي تم حقنها وأن هذا الشعور بالضعف قد يستمر لمدة عامين حتى يزول أثره. وبالرغم من أنه تم استخدام مادة BOTOX® (البوتوكس) على مدار أكثر من 15 عامًا في علاج الأطفال، فلا تزال هناك بعض الآثار الجانبية طويلة المدى لمادة BOTOX® (البوتوكس) على العضلات لم يتم اكتشافها بعد.

لقد حصلت على القدر الكافي من المعلومات الشفهية/ الكتابية حول مادة BOTOX® (البوتوكس)، فضلاً عن إتاحة الفرصة لي لطرح الأسئلة وإبداء موافقتي على هذا العلاج.

صلة القرابة بالعميل

الاسم بحروف واضحة

توقيع العميل/ المسؤول عن اتخاذ القرارات نيابةً عن العميل

التاريخ

توقيع الشاهد

