

**CONSENSO INFORMATO**  
**agli interventi di ELETTROTHERAPIA**

Gentile paziente,

con il presente documento Lei viene informato/a che per la cura della patologia che Le è stata diagnosticata si procederà con un intervento ambulatoriale di DIATERMOCOAGULAZIONE (DTG) cutanea. Tale intervento verrà eseguito dal Medico Specialista Dott.ssa Stefania Peruzzo, secondo consolidate tecniche dell'arte medica, con perizia, prudenza e diligenza.

Ciò premesso è dovere del Medico Specialista, informarla adeguatamente di tutti gli aspetti inerenti tale intervento. Pertanto Lei, sottoscrivendo il presente documento di CONSENSO INFORMATO, oltre ad acconsentire all'esecuzione dell'intervento detto, conferma altresì di essere stato/a adeguatamente informato/a sui seguenti punti.

**Metodologia di intervento**

L'intervento di DIATERMOCOAGULAZIONE cutanea, dopo eventuale infiltrazione locale di adatto anestetico (lidocaina al 2%), consiste in una cauterizzazione di neoformazioni cutanee benigne mediante un apposito strumento (ago termico) che opportunamente riscaldato da un flusso di corrente elettrica, consente di intervenire con grande precisione sulla zona da trattare, permettendo l'asportazione definitiva delle parti patologiche di cute. Il trattamento di DTG cutanea normalmente richiede un'unica seduta.

**Alternative terapeutiche**

Esistono trattamenti alternativi all'intervento di DTG che sono:

- curettage chirurgico
- asportazione chirurgica
- fotocoagulazione laser

**Obiettivi e benefici dell'intervento**

Mediante il trattamento di DTG cutanea, a seconda della patologia, è possibile eliminare neoformazioni benigne. Le probabilità di successo di tale trattamento, in assenza di complicanze, sono dell' 80-90%. Il vantaggio principale del trattamento di DTG cutanea consiste in generale nella limitata invasività e nella rapidità di guarigione.

**Esiti prevedibili del mancato trattamento.**

Il mancato trattamento della lesione potrebbe portare ad una estensione della patologia e ad una trasformazione neoplastica della lesione.

**Rischi legati al trattamento terapeutico di DTG cutanea.**

I rischi più comuni del trattamento di crioterapia sono:

- bruciore più o meno intenso nel post-intervento;
- sanguinamento temporaneo della zona trattata
- formazione di una o più bolle sierose o siero-ematiche nella zona trattata;
- possibile infezione della lesione trattata in assenza di medicazione quotidiana secondo le indicazioni ricevute dal Medico Specialista.

**Esiti cicatriziali dell'intervento**

Sulla cute trattata, andrà progressivamente a formarsi una crosta che poi cadrà naturalmente. I possibili esiti cicatriziali sono una iper- o ipo-cromia dell'area trattata e/o formazione di cheloidi in soggetti predisposti. Il tempo necessario per il recupero funzionale cutaneo è di circa 1-3 settimane.

**Prescrizioni post-intervento**

Nelle quattro settimane successive al trattamento di crioterapia, va evitata l'esposizione della cute trattata ai raggi UV (luce solare diretta e lampade abbronzanti), così come vanno evitate eventuali manovre traumatizzanti (sfregamento della cute, uso di detergenti inadeguati, contatto con sostanze aggressive), che aumenterebbero il rischio di effetti collaterali.

---

Io sottoscritto/a, compreso e preso atto di quanto sopra, confermo che la Dott.ssa Stefania Peruzzo mi ha fornito ampia spiegazione sull'intervento di DTG cutanea necessario a trattare la patologia diagnosticatami, al quale quindi acconsento senza riserve, sollevando la Dott.ssa Peruzzo da ogni responsabilità e conseguenza che derivi dal trattamento dalla stessa eseguito.

Al fine di avere un riscontro obiettivo dei risultati ottenuti nel tempo rispetto alla situazione pre-trattamento, acconsento altresì che il Medico Specialista Dott.ssa Stefania Peruzzo possa acquisire immagini cliniche delle aree cutanee in trattamento, fermo restando che tali immagini saranno conservate nella mia personale cartella clinica e non potranno essere utilizzate per nessun altro scopo da quello qui rappresentato.

Il Paziente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Paziente: \_\_\_\_\_

(in caso di minore, firma del soggetto esercitante la potestà)