

**CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTO DELLE MACCHIE CON LASER
QSWITCHED AD ALESSANDRITE**

Io sottoscritto/a

Nato/a ail

Chiedo di essere sottoposto a trattamento Laser per Macchie della Pelle

A tale proposito dichiaro quanto segue:

Ho avuto modo di discutere in maniera adeguata ed esauriente le caratteristiche del trattamento in questione e mi sono state espone, in termini pienamente comprensibili, le tecniche attualmente disponibili per l'effettuazione dell'intervento da me desiderato e tutte le alternative terapeutiche, inclusa la possibilità di non sottopormi a questo tipo di trattamento.

Mi è stato inoltre adeguatamente spiegato che il beneficio atteso da tale intervento si raggiunge con 1 o più sedute, dipende dalla tipologia e sede della macchia.

Mi è stato illustrato che in taluni casi il risultato può essere insoddisfacente a causa di una risposta individuale, indipendente dal trattamento. Il medico cercherà di individuare tempestivamente questi casi dopo la prima o al massimo la seconda seduta.

Mi è stato spiegato che gli studi sull'efficacia di questi trattamenti riportano anche alcuni rari effetti collaterali.

Ho avuto quindi ampia e dettagliata spiegazione sui rischi, effetti collaterali e complicanze correlate agli interventi di chirurgia Laser. Questi possono essere:

1. Dolore durante l'intervento
2. Rossore (eritema) e gonfiore (edema) per qualche giorno
3. Colorazione grigio-bluastro (porpora) che può durare da pochi giorni fino a 2 settimane
4. Raramente bolle con successiva formazione di croste che possono durare alcuni giorni
5. Esiti pigmentari transitori (ipocromie e/o ipercromie), raramente definitivi
6. Raramente modeste trombosi in alcuni segmenti delle teleangectasie degli arti inferiori; queste solitamente si risolvono spontaneamente ma in alcuni casi possono dare esito a discromie anch'esse di solito, ma non sempre, autorisolvute
7. Molto raramente eventuali esiti cicatriziali

Per ognuno dei rischi correlati all'intervento di chirurgia laser, mi è stata data spiegazione della frequenza con cui si possono verificare e delle eventuali terapie a cui potrei avere necessità di sottopormi per lo specifico trattamento (includere: terapia topica e/o sistemica antibiotica e farmacologica in genere; revisione con trattamento laser a distanza di tempo). Resta inteso che il costo di queste eventuali terapie sarà a mio carico per la parte che eventualmente riguarderà i farmaci ed il materiale sanitario.

Mi è stata data ampia spiegazione dei comportamenti e precauzioni da tenere dopo il trattamento laser, in particolare della necessità di non esporsi al sole o a raggi UV dopo il trattamento fino a data da concordarsi e degli eventuali controlli clinici a cui dovrò sottopormi successivamente all'intervento, della loro durata e della loro frequenza nel tempo. Sono consapevole che il mancato rispetto da parte mia delle istruzioni avute e dei controlli successivi al trattamento potrebbe compromettere il risultato dell'intervento stesso.

Con questa dichiarazione, quindi, dopo aver compreso tutte le informazioni sopra elencate che mi sono state espone esaurientemente e comprensibilmente chiedo di essere sottoposto al trattamento Laser.

Autorizzo, infine, la Dssa Stan Roxana Teodora a documentare il trattamento mediante fotografie cliniche che saranno usate esclusivamente come documentazione medica personale.

Tali fotografie non verranno utilizzate a scopo pubblicitario se non dietro mio consenso scritto.

Il sottoscritto prende atto che il trattamento/intervento, di cui sopra viene eseguito dalla Dssa Stan Roxana Teodora che agisce in libera professione presso i locali dello Studio "Bordin dr.ssa Anna srl" e che quest'ultimo non è responsabile del suo operato.

Data di presa visione e trattamento/...../.....

Firma del Paziente

.....

Dott.ssa Stan Teodora Roxana.....