

CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTO FOTORINGIOVANIMENTO

Io sottoscritto/a.....

nato/a il/...../..... a Nazione

Chiedo di essere sottoposto a trattamento Laser per:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rilassamento cute volto - collo - seno | <input type="checkbox"/> Fotingiovanimento volto - collo - corpo | |
| <input type="checkbox"/> Rimodellamento volto - collo - seno | <input type="checkbox"/> Rimodellamento cicatrici acne | |
| <input type="checkbox"/> Acne attiva volto - corpo | <input type="checkbox"/> Smagliature | |
| <input type="checkbox"/> Cicatrici lesioni esiti acne Keloidi | <input type="checkbox"/> Altro | |
| <input type="checkbox"/> StarLux Frazionato 1540 Palomar | <input type="checkbox"/> LuxG Green | <input type="checkbox"/> Tfl Fractional |

Dichiaro di avere avuto modo di discutere in maniera adeguata ed esauriente le caratteristiche del trattamento in questione con la Dott.ssa Roxana Stan che mi ha esposto in termini a me 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 più sedute e che potrebbero in alcuni casi rendersi necessarie ulteriori sedute oltre a quelle concordate all'inizio.

Mi è stato illustrato in modo completo che in taluni casi il risultato può essere insoddisfacente per una buona risposta individuale, indipendente dal trattamento. Il medico cercherà di individuare tempestivamente questi casi dopo la prima o al massimo la seconda seduta. In questi casi non può essere richiesto rimborso.

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 (iperchromie), raramente definitivi
6. Raramente modeste trombosi in alcuni segmenti delle teleangiectasie degli arti inferiori; queste solitamente si risolvono spontaneamente ma in alcuni casi possono dare esito a discromie anch'esse di solito, ma non sempre, autorisolvibili
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 (incluse: 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 ultravioletti 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.

Dichiaro pertanto, dopo aver compreso tutte le informazioni sopra elencate che mi sono state esposte esaurientemente e comprensibilmente dalla dott. ssa..... e chiedo di essere sottoposto al trattamento Laser, autorizzando la dott.ssa a documentare il trattamento mediante foto cliniche che saranno usate esclusivamente come documentazione medica personale e consentendo, qualora La Dottoressa ne ritenga necessario, l'uso anonimo (in conferenze e pubblicazioni scientifiche) avvantaggiando la ricerca e le conoscenze mediche. Tali fotografie non verranno utilizzate a scopo pubblicitario se non dietro mio consenso scritto. Prendo inoltre atto che il trattamento/intervento, di cui sopra viene eseguito dalla Dssa Roxana Stan, 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/...../.....

Firma del Paziente

Firma del Medico