

CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTO CON LASER VASCOLARE

Io sottoscritto/a

_____ nato/a a _____ il ___ / ___ / ___

Chiedo di essere sottoposto a trattamento Laser per:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teleangectasie del volto (Couperose) | <input type="checkbox"/> Angiomi stellati (Spiders) |
| <input type="checkbox"/> Eritrosi del volto | <input type="checkbox"/> Eritrosi del collo |
| <input type="checkbox"/> Eritrosi del petto | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Teleangectasie (capillari dilatati) degli arti inferiori | |
| <input type="checkbox"/> con Dye Laser Vbeam 595 nm | |
| <input type="checkbox"/> con Lux G Green | <input type="checkbox"/> con Laser Nd: YAG 1064 nm |

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 potrebbe raggiungere con più sedute e che potrebbero in alcuni casi rendersi necessarie ulteriori sedute oltre a quelle valutate all'inizio.

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

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, autorisolvive
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.

Con questa dichiarazione, quindi, dopo aver compreso tutte le informazioni sopra elencate che mi sono state esposte esaurientemente e comprensibilmente dalla Dott.ssa Roxana Stan chiedo di essere sottoposto/a al trattamento Laser.

Autorizzo infine a documentare il trattamento mediante fotografie cliniche che saranno usate esclusivamente come documentazione medica personale

Prendo 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 di presa visione

Data di esecuzione del trattamento

Firma del Paziente

.....

In caso di minore il consenso verrà firmato da un genitore o da chi ne fa le veci

Firma del genitore

