

Consenso informato per il trattamento di: Peeling chimico cutaneo

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone. Il consenso è personale e non delegabile a soggetti terzi (se non per minori o soggetti a tutela). Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato dal medico che glielo sottopone e che contemporaneamente lo illustra, Le fornisce ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerta che Lei conosca quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione. È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare, ed in particolare che abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato; pertanto chiarisca con il medico ogni aspetto che non Le appare pienamente comprensibile.

Di seguito pertanto Le vengono indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente l'esposizione.

Preso atto di quanto sopra richiamato confermo che la **Dr.ssa Letizia Mansutti** mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo che verrà da lui attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a essa connessi e le eventuali alternative possibili nonché di aver avuto la possibilità di discutere il testo della presente informativa.

In particolare mi è stato spiegato che la tecnica di peeling chimico consiste nell'applicazione di un acido (scelto dal medico in funzione delle finalità da raggiungere), che avrà **azione chimica sulla pelle** tale da danneggiarla nello strato superficiale per asportarne la parte da rinnovare o riqualificare, con conseguente stimolo alla riparazione e ristrutturazione, agendo attivamente sul rinnovo dello strato cutaneo nella sua totalità; esso viene praticato con lo scopo di togliere lo strato corneo dell'epidermide per **rendere più levigata la pelle, eliminare o attenuare le piccole irregolarità o discromie cutanee**, avere un effetto di **stimolo sui fibroblasti** a scopo di migliorare l'aspetto della pelle (ringiovanimento cutaneo), può essere utile nel regolarizzare il sebo e trovare quindi indicazione nella prevenzione e **trattamento delle pelli seborroiche e dell'acne** e più specificamente può essere impiegato in maniera mirata e localizzata all'**asportazione di macchie cutanee** (cloasma-melasma, lentigo, cheratosi, etc..).

Preso atto di quanto sopra richiamato, confermo che il medico mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad essa connessi e le eventuali alternative possibili. Sono in particolare stato informato che il peeling chimico può indurre **recidive erpetiche** in soggetti predisposti per cui è indicato un trattamento profilattico con farmaci antivirali.

Sono stato messo/a a conoscenza che nei giorni successivi al trattamento avrò **eritema ed edema** e dalla seconda alla decima giornata dopo il peeling potrò avere una de-

squamazione intensa con aree di iperpigmentazione; questi effetti potrebbero essere più accentuati o durare per un periodo maggiore di quanto sopra esposto. Mi impegno pertanto fin da ora a seguire scrupolosamente prima e dopo il peeling tutte le istruzioni fornitemi, in quanto ne comprendo l'importanza per il raggiungimento dei risultati. Inoltre sono stato messo al corrente che la procedura può determinare rischi o complicanze per cause non inerenti al buon operato del medico e che non mi sono state fornite garanzie precise circa il risultato che otterrò con questo trattamento. In particolare mi è stata fortemente **sconsigliata l'esposizione ai raggi ultravioletti** (esposizione solare, lampade) come al calore (docce molto calde, saune e bagni turchi) o al freddo intenso nelle tre settimane successive al trattamento, così come suggerito di evitare tutte le **manovre traumatizzanti** (sfregamento della zona trattata, gommage, brushing, terapie estetiche etc...), l'utilizzo di detergenti o cosmetici inadeguati che possono aumentare il rischio di effetti collaterali ed alterano il risultato terapeutico prefissato. E' peraltro sconsigliata l'assunzione in quantitativi significativi di alcolici e superalcolici per un periodo di 7-10 giorni.

Io sottoscritto/a

nato/a il

CF

Letto quanto sopra, ritenuto di averlo correttamente compreso e di avere ottenuto i sufficienti e necessari chiarimenti richiesti durante il colloquio:

ACCONSENTO

a essere sottoposto/a alla seguente procedura medica:

PEELING a base di

per la seguente/i indicazione/i nelle seguenti aree:

Dichiaro di: nego allergie a farmaci essere allergico ai seguenti principi farmacologici quali:

Sono stato/a edotto/a delle mie caratteristiche cutanee, del fototipo di appartenenza e delle relative precauzioni che dovrò avere prima e dopo il trattamento, sono stato/a informato/a delle possibili necessità di ripetere i trattamenti per conseguire il risultato terapeutico voluto. Mi sono state segnalate le procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi, i rischi e i benefici e sono consapevole di averli rifiutati.

Consento al Dr.ssa Letizia Mansutti di acquisire immagini cliniche prima, durante e dopo il trattamento. Comprendo la necessità da parte del sanitario di documentare il suo operato allo scopo di poter disporre di un riscontro obiettivo della situazione pre-trattamento e di quelli ottenuti dopo tale procedura e a distanza di tempo. Autorizzo ai sensi del EX DL 196/03 il trattamento dei miei dati personali e sensibili e del relativo materiale iconografico nel pieno rispetto della legge sulla privacy, con garanzia che se le immagini verranno utilizzate per soli scopi scientifici ed educativi, esse verranno rese anonime. Certifico di essere maggiorenne / o non avendo ancora raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmerà

unitamente a me il presente modulo dopo avere ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Data:

Firma del Paziente o del Genitore
o Tutore in caso di minorenne

Firma del Medico che ha raccolto il
consenso e fornito le informazioni