

Consenso informato per il trattamento di: Rivitalizzazione cutanea

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 bene 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 il 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 intradermica di rivitalizzazione viene praticata a scopo di concentrare maggiormente il farmaco nell'area specifica interessata dal trattamento e di permettere così una maggior durata ed azione dell'effetto farmacologico; mi è stato altresì chiarito che questa via può suscitare maggiore reattività, e che il farmaco o i farmaci scelti per il trattamento hanno opportuna documentazione in letteratura anche per questa via di somministrazione e che quindi l'utilizzo "off label", cioè al di fuori di quanto registrato per il farmaco è possibile ed acquisito, e trova specifica miglior indicazione per la patologia sofferta.

Ho anche dichiarato senza riserve il mio stato di salute, onde permettere al medico di valutare eventuali controindicazione al trattamento. Sono in particolare stato informato che in seguito al traumatismo indotto dall'ago e alle sostanze farmacologiche iniettate potrò avere ecchimosi nella sede di trattamento che possono perdurare per diversi giorni. Sono anche stato messo al corrente che quando si somministra un farmaco per qualsiasi via, compresa la via intradermica, è possibile che si scatenino reazioni allergiche che si possono manifestare sia con reazioni orticaroidi diffuse sia con effetti sistemici (disturbi respiratori e cardiovascolari) che richiedono provvedimenti terapeutici urgenti. Pertanto ho compreso che la tecnica intradermica di rivitalizzazione, può essere gravata eccezionalmente da complicanze, che in circostanze molto rare potrebbero risultare pericolose per la vita, nonché eccezionalmente fatali.

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 desquamazione 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 procedura medica di RIVITALIZZAZIONE CUTANEA con la seguente finalità:

Antalgica Angiologica Dermatologica Estetica, e specificamente:

Sono consapevole altresì che la qualità dei risultati non è valutabile a priori, essendo molto variabile da persona a persona.

Le zone da trattare, concordate tra me e l'operatore, sono le seguenti:

Dichiaro di: essere allergico ai seguenti principi farmacologici

nego allergie a farmaci

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 DL 196/03 e successive modifiche, 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