

Modulo di consenso informato per la MESOTERAPIA

Il/la sottoscritto/a _____ di anni _____
residente a _____ in Via _____
Tel. _____

in vista dell'atto medico-terapeutico sopra indicato conferma di essere stato/a esaurientemente informato/a sulla natura e sugli effetti conosciuti dell'intervento medico richiesto e di seguito descritto.

Il consenso è personale e non delegabile ai familiari (se non per minori o soggetti a tutela).

La mesoterapia consiste nella iniezione intradermica, tramite aghi sottilissimi, di sostanze lipolitiche (che sciolgono il tessuto adiposo), di farmaci vasoattivi (che proteggono i vasi sanguigni), antiedemigeni e antiinfiammatori (contro il gonfiore e il dolore), a seconda del disturbo. Le è stato spiegato che tale terapia è sicura. Tuttavia, come per ogni intervento medico, non può essere considerata esente da complicanze che, talora, possono verificarsi (allergie, ematomi, lividi, ponfi) anche se la procedura è attuata con perizia, diligenza e prudenza (uso di materiale monouso e di farmaci ad uso endovenoso e/o intramuscolare acquistabili in ogni farmacia).

Tra questi eventuali effetti collaterali, la reazione allergica, come per ogni terapia farmacologica, è quella più temibile in quanto (anche se molto raramente) può essere di grave entità. Per ridurre al minimo tale rischio, mi è stato domandato di riferire il nome di eventuali farmaci a cui so di essere allergico/a.

La mia risposta è stata:

.....
.....

Inoltre dichiaro di aver già eseguito le seguenti terapie estetiche:

.....
.....

Dichiaro inoltre di non essere in gravidanza.

Anche se i risultati sono solitamente assai buoni, ho capito che non si può prevedere l'entità del risultato e che saranno necessarie più sedute. Inoltre so che i risultati non saranno definitivi. Ho capito anche che è molto utile l'associazione con la dieta e la ginnastica.

Le procedure ed i mezzi utilizzati sono quelli che allo stato attuale vengono riconosciuti i più idonei da un punto di vista medico-scientifico.

Autorizzo la gestione dei miei dati anche iconografici per uso medico scientifico e per pubblicazioni scientifiche.

Ho letto il consenso informato col medico. Questi mi ha spiegato ogni aspetto della tecnica

e dei trattamenti previsti per me. Ha risposto in modo esauriente alle mie domande e ha risolto ogni mio dubbio. Ritengo il colloquio esaustivo e chiaro.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte

Data _____

Firma del paziente

Firma del medico