

Modulo di consenso informato per LASER CO2 Frazionato

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

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)

Il laser CO2 frazionato emette una particolare luce frazionata sulla cute che permette di trattare alcuni inestetismi del corpo umano. La sua luce, quando incontra la cute ne determina la degradazione, con attività sia di stimolazione dei fibroblasti sia di ablazione della cute.

Indicazioni:

- fotoringiovanimento cutaneo.
- riduzione delle macchie cutanee

Controindicazioni:

- pelli irritate
- malattie cutanee e generali
- storia di keloidi
- gravidanza
- malattie del collagene
- pelli abbronzate
- se ci si deve esporre al sole nei giorni successivi.

Dichiaro comunque di avere le seguenti malattie e di aver sofferto dei seguenti disturbi:

.....
.....

Nei 2-3 giorni successivi il trattamento, sarà presente gonfiore per uno/due giorni specie nelle aree delicate come in particolare gli occhi e crosticine brune difficilmente truccabili e sarà opportuno evitare l'esposizione a temperature troppo calde o troppo fredde.

E' vietato esporsi al sole intenso per 1 mese.

Non bisogna irritare la pelle per 1 mese almeno (peeling, dermoabrasioni, trattamenti irritanti in genere e qualsiasi trattamento nelle zone esposte deve essere autorizzato dal medico).

Possibili problemi: piccole cicatrici, piccole crosticine, ustioni, ipo o iperpigmentazioni, alcuni pazienti possono non rispondere totalmente al trattamento o avere risultati modesti.

Possono essere necessarie più sedute e nel tempo sono necessarie sedute di mantenimento. I risultati non sono definitivi ma sono da considerarsi un aiuto per mantenere la pelle sana.

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

Dichiaro comunque di non essere in gravidanza e di essere allergica alle seguenti sostanze:

.....

e di aver già eseguito le seguenti terapie estetiche:

.....

Autorizzo la gestione dei dati anche per uso iconografico.

Confermo di aver letto ed aver capito quanto sopra.

Confermo di aver avuto la possibilità di fare tutte le domande che ritenevo necessarie.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte

Data _____

Firma del paziente

Firma del medico