



## Modulo di consenso informato per LUCE PULSATA INTENSA (IPL)

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)

La IPL emette una particolare luce che permette di trattare alcuni inestetismi del corpo umano. La sua luce, quando incontra un particolare colore ne provoca la degradazione e l'eliminazione.

### Indicazioni:

- fotoringiovanimento cutaneo.
- macchie cutanee
- Trattamento dei capillari degli arti inferiori (teleangectasie)
- Trattamento dei capillari del viso (couprose)
- Angiomi di piccole dimensioni
  
- epilazione a lunga durata

### 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 di avere le seguenti malattie e di aver sofferto dei seguenti disturbi

.....  
.....

Nei 2-3 giorni successivi il trattamento, 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).

E' obbligatorio usare occhiali di protezione.

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

Sono di norma necessarie più sedute (di solito da 4 a 8) 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 e aver compreso quanto sopra

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

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente

Firma del medico