



RIVITALIZZAZIONE MEDIANTE L'INIEZIONE DI PIASTRINE AUTOLOGHE

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

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

La Bio-rivitalizzazione mediante l'iniezione di piastrine autologhe, viene eseguita per il ringiovanimento, la rivitalizzazione ed il nutrimento del derma e dello strato sottocutaneo. È una tecnica che può essere eseguita a livello del viso, del collo e delle mani e che permette di ripristinare le migliori condizioni biologiche e vitali della pelle.

Utilizzando materiali autologhi, quindi propri, non esiste alcuna possibilità di reazione allergica.

In letteratura sono descritte rarissime reazioni infettive dovute alle iniezioni.

Questa metodica viene eseguita mediante un prelievo di circa 20ML del proprio sangue, che centrifugato, permetterà l'estrazione delle proprie piastrine che verranno attivate mediante una soluzione e re-iniettate intradermicamente, o spennellate topicamente dopo le tecniche invasive come il laser frazionato.

Praticamente viene stimolata la reazione fisiologica che il nostro organismo innesca dopo una ferita. Successivamente all'iniezione, anche se raramente, è possibile che si verifichino piccoli gonfiori arrossamenti ed ematomi, che regrediscono spontaneamente in alcuni giorni.

È opportuno che nei primi giorni, venga evitata l'esposizione a temperature troppo calde o fredde.

Il protocollo di questa tecnica di ringiovanimento prevede una seduta a cadenza settimanale ed un richiamo ogni 4-5 mesi, mentre se si esegue topicamente dopo laser si esegue solo dopo la seduta.

Quindi sono necessari più sedute ed il trattamento va ripetuto negli anni.

Le iniezioni non sono particolarmente dolorose ma è comunque possibile utilizzare una crema anestetica circa 30 minuti prima di iniziare il trattamento.

Le procedure ed i mezzi utilizzati, allo stato attuale, sono riconosciute come quelle più idonee da un punto di vista medico scientifico.

Dichiaro comunque di essere allergica alle seguenti sostanze:

.....
e di aver già eseguito le seguenti terapie estetiche:

.....
Dichiaro di non essere in gravidanza.

Autorizzo la gestione dei miei dati per uso esclusivamente medico e scientifico.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte

Data _____

Firma del paziente

Firma del medico