

CONSENSO INFORMATO

SCLEROTERAPIA \ LASERTERAPIA \ DIATERMOCOAGULAZIONEVARICI \ TELEANGECTASIE \ ANGIOMI\COUPEROSE\NEOFORMAZIONI\DISCROMIE

Il/La sottoscritto/a nato/a..... il,
residente a....., in via....., Tel.
.....,

accetta di sottoporsi al trattamento proposto di.....
.....

Dichiara:

- di essere stato informato del significato, delle modalità, dei rischi e degli effetti collaterali e di aver discusso le alternative possibili al trattamento;
- di essere stato informato che il trattamento è in parte medico e in parte estetico;
- che, per quanto riguarda il significato, anche in termini di risultati, è stato/a informato/a che per la patologia venosa, capillare o neoplastica di cui è affetto/a, anche in funzione della sua cronicità, il trattamento non influisce sulla comparsa di nuove lesioni nel tempo ma si ripropone di ridurre quelle esistenti;
- di aver informato il Medico di tutti i dati relativi alla propria salute, in particolare su pregresse **allergie, epilessia, problemi tiroidei, possibile gravidanza in atto, terapia farmacologica**;
- di essere stato informato delle precauzioni da prendere dopo il trattamento (terapia da seguire, non esposizione solare o raggi U.V.) e dei tempi di raggiungimento dei risultati (per es. che i capillari non scompaiono in 24 ore e in una sola seduta ma i risultati sono visibili a distanza di due-sei mesi);
- di aver discusso i rischi e gli effetti collaterali, anche in termini percentuali e in relazione alla mia particolare situazione clinica;
- di essere a conoscenza che il trattamento può essere interrotto in qualsiasi momento a richiesta del Medico o del Paziente.

Al sottoscritto/a sono stati illustrati i seguenti possibili rischi: reazioni allergiche, anche gravi **(1/10.000)**, ecchimosi, infezioni, iper- o ipopigmentazioni, comparsa di lesioni secondarie (matting), escare necrotiche, flebiti e trombosi... **(5.0-7.0 % in totale)**, che potrebbero invalidare i risultati esitando in postumi cicatriziali permanenti o semipermanenti **(1-3%)**.

Con la presente il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di essere stato/a informato/a in maniera esauriente, con termini a me comprensibili, e di aver chiarito gli eventuali punti oscuri relativamente al trattamento;
- di avere ricevuto una copia perfettamente identica a questo consenso;

Con la firma in calce il/la sottoscritto/a esprime anche il proprio consenso al trattamento dei dati personali in base al Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 concernente 'La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali' e autorizzo l'uso delle fotografie per scopo dimostrativo o congressuale.

Data

Il Medico

Il Paziente