

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente:

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico** (al momento della proposta della prestazione):
.....
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
nessuna
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
la manovra viene eseguita in regime ambulatoriale e previa esecuzione degli esami ematochimici previsti: viene praticata una iniezione di anestetico locale nel cuoio capelluto, si espunta quindi una striscia (alta circa 2 cm e lunga circa 20 cm) di cuoio capelluto fornita di capelli dalla regione occipitale (che viene poi suturata). Essa viene pazientemente e con grande precisione sezionata in modo da ottenere i bulbi piliferi da impiantare uno a uno nelle aree privi di capelli (come concordato durante il colloquio preliminare intercorso con il Medico), per ottenere il risultato estetico finale più naturale e prossimo alle aspettative del singolo soggetto.
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
nessuno.
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione** (al momento della proposta) **e possibili complicanze:**
si possono verificare lievi emorragie nel punto di espunto della striscia di cuoio capelluto e perdita dei sensi.
- f) **possibili problemi di recupero** (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):
trattandosi di un intervento chirurgico in anestesia locale a tutti gli effetti è consigliabile che il giorno della procedura il soggetto sia accompagnato da persona che lo possa poi riaccompagnare a casa, evitandogli la guida di un automezzo, che dorma almeno la prima notte con la testa leggermente sollevata, che utilizzi l'antinfiammatorio consigliato in caso di fastidio/dolore al cuoio capelluto e l'antibiotico prescritto, che non fumi, non beva alcool e non usi altri farmaci, e stia a riposo astenendosi da attività sportive per almeno 7 giorni. Nel corso delle previste visite di controllo verranno fornite le indicazioni di volta in volta necessarie, in base al quadro clinico
- g) **possibilità di alternative** (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):
utilizzo di farmaci deputati alla stimolazione della ricrescita dei capelli
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
devono essere comunicate al medico malattie pregresse, interventi chirurgici, ricoveri ospedalieri, allergie e/o intolleranze, terapie farmacologiche già assunte in precedenza e attualmente, per meglio inquadrare lo stato di salute

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |

data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

AUTOTRAPIANTO DEI CAPELLI

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di chi ne fa le veci

Firma del Testimone
(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete

da Archiviare in Sede

Nome e cognome del Paziente:

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico** (al momento della proposta della prestazione):
.....
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
nessuna
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
la manovra viene eseguita in regime ambulatoriale e previa esecuzione degli esami ematochimici previsti: viene praticata una iniezione di anestetico locale nel cuoio capelluto, si espanta quindi una striscia (alta circa 2 cm e lunga circa 20 cm) di cuoio capelluto fornita di capelli dalla regione occipitale (che viene poi suturata). Essa viene pazientemente e con grande precisione sezionata in modo da ottenere i bulbi piliferi da impiantare uno a uno nelle aree privi di capelli (come concordato durante il colloquio preliminare intercorso con il Medico), per ottenere il risultato estetico finale più naturale e prossimo alle aspettative del singolo soggetto.
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
nessuno.
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione** (al momento della proposta) **e possibili complicanze:**
si possono verificare lievi emorragie nel punto di espanto della striscia di cuoio capelluto e perdita dei sensi.
- f) **possibili problemi di recupero** (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):
trattandosi di un intervento chirurgico in anestesia locale a tutti gli effetti è consigliabile che il giorno della procedura il soggetto sia accompagnato da persona che lo possa poi riaccompagnare a casa, evitandogli la guida di un automezzo, che dorma almeno la prima notte con la testa leggermente sollevata, che utilizzi l'antinfiammatorio consigliato in caso di fastidio/dolore al cuoio capelluto e l'antibiotico prescritto, che non fumi, non beva alcool e non usi altri farmaci, e stia a riposo astenendosi da attività sportive per almeno 7 giorni. Nel corso delle previste visite di controllo verranno fornite le indicazioni di volta in volta necessarie, in base al quadro clinico
- g) **possibilità di alternative** (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):
utilizzo di farmaci deputati alla stimolazione della ricrescita dei capelli
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
devono essere comunicate al medico malattie pregresse, interventi chirurgici, ricoveri ospedalieri, allergie e/o intolleranze, terapie farmacologiche già assunte in precedenza e attualmente, per meglio inquadrare lo stato di salute

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |

data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

AUTOTRAPIANTO DEI CAPELLI

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di chi ne fa le veci

Firma del Testimone

(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete