

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente:

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**
presenza di peli indesiderati su aree di cute indicate dal/la paziente.
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
trattamento con lunghezza d'onda 1064 nm o 755 nm assorbita selettivamente dal pelo.
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
eliminazione parziale e permanente di peli indesiderati. Per ottenere una epilazione soddisfacente sono necessari più trattamenti (in genere 5-7 sedute). Il numero dei trattamenti non è comunque definibile con esattezza poiché variabili diverse possono condizionare il risultato: tipo di pelo e fase di crescita, colore, sede, profondità, situazione ormonale, terapie, pigmentazione della cute (fototipo). La risposta è quindi individuale. I peli trattati si sfalderanno o cadranno in circa due settimane.
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
nessuno.
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
la sensazione della luce è spiacevole e può essere paragonabile ad una "punzecchiatura" o ad una sensazione di calore che può perdurare per alcune ore. L'area trattata può rimanere arrossata per alcune ore o per alcuni giorni, può manifestarsi erosione, vescicolazione e/o croste.
L'area trattata può rimanere arrossata per alcune ore o per alcuni giorni. In alcuni casi, per un periodo limitato (2-4 mesi) possono residuare aree di iperpigmentazione (scurimento della pelle) o ipopigmentazione (schiarimento della pelle). Eccezionale la possibilità di cicatrici in sede di trattamento. In caso di ricorso all'utilizzo di un anestetico topico possono manifestarsi reazioni allergiche.
- f) **possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
l'entità di insorgenza di problematiche può essere contenuta se l'area trattata non è esposta al sole per almeno 15 giorni fino a quattro settimane prima e almeno 2 settimane dopo il trattamento. Durante la fase di guarigione l'area deve essere trattata con delicatezza (asciugare per tamponamento, non sfregare, graffiare, grattare e radere l'area in particolare se è presente gonfiore). Se si sviluppano croste lasciarle cadere naturalmente. Per evitare qualsiasi complicazione attenersi alle istruzioni pre-post trattamento fornite dal Medico esecutore.
- g) **possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
i trattamenti alternativi ritenuti in grado di dare effetti permanenti è la diatermocoagulazione (il cosiddetto "ago elettrico") e l'applicazione di altri tipi di laser (laser a luce pulsata, laser ad alessandrite).
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
il trattamento è sconsigliato a pazienti con anamnesi positiva per cicatrici ipertrofiche o cheloidi e/o con processi infettivi o infiammatori in atto e/o con terapie in corso con farmaci fotosensibilizzanti o anti-infiammatori (es. acido acetilsalicilico e derivati).

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:

EPILAZIONE MEDIANTE LASER ELITE MPX

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):**
presenza di peli indesiderati su aree di cute indicate dal/la paziente.
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
trattamento con lunghezza d'onda 1064 nm o 755 nm assorbita selettivamente dal pelo.
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
eliminazione parziale e permanente di peli indesiderati. Per ottenere una epilazione soddisfacente sono necessari più trattamenti (in genere 5-7 sedute). Il numero dei trattamenti non è comunque definibile con esattezza poiché variabili diverse possono condizionare il risultato: tipo di pelo e fase di crescita, colore, sede, profondità, situazione ormonale, terapie, pigmentazione della cute (fototipo). La risposta è quindi individuale. I peli trattati si sfalderanno o cadranno in circa due settimane.
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
nessuno.
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
la sensazione della luce è spiacevole e può essere paragonabile ad una "punzecchiatura" o ad una sensazione di calore che può perdurare per alcune ore. L'area trattata può rimanere arrossata per alcune ore o per alcuni giorni, può manifestarsi erosione, vescicolazione e/o croste.
L'area trattata può rimanere arrossata per alcune ore o per alcuni giorni. In alcuni casi, per un periodo limitato (2-4 mesi) possono residuare aree di iperpigmentazione (scurimento della pelle) o ipopigmentazione (schiarimento della pelle). Eccezionale la possibilità di cicatrici in sede di trattamento. In caso di ricorso all'utilizzo di un anestetico topico possono manifestarsi reazioni allergiche.
- f) **possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
l'entità di insorgenza di problematiche può essere contenuta se l'area trattata non è esposta al sole per almeno 15 giorni fino a quattro settimane prima e almeno 2 settimane dopo il trattamento. Durante la fase di guarigione l'area deve essere trattata con delicatezza (asciugare per tamponamento, non sfregare, graffiare, grattare e radere l'area in particolare se è presente gonfiore). Se si sviluppano croste lasciarle cadere naturalmente. Per evitare qualsiasi complicazione attenersi alle istruzioni pre-post trattamento fornite dal Medico esecutore.
- g) **possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
i trattamenti alternativi ritenuti in grado di dare effetti permanenti è la diatermocoagulazione (il cosiddetto "ago elettrico") e l'applicazione di altri tipi di laser (laser a luce pulsata, laser ad alessandrite).
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
il trattamento è sconsigliato a pazienti con anamnesi positiva per cicatrici ipertrofiche o cheloidi e/o con processi infettivi o infiammatori in atto e/o con terapie in corso con farmaci fotosensibilizzanti o anti-infiammatori (es. acido acetilsalicilico e derivati).

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:

EPILAZIONE MEDIANTE LASER ELITE MPX

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