

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**
presenza di rughe causate da alterazione delle fibre di sostegno degli strati cutanei.
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
nessuna
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
la tecnica di trattamento filler consiste nella veicolazione intradermica o sottocutanea di un filler a base di acido ialuronico con un effetto riempitivo;
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
Nessuno
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
infiammazione, edema, ematomi, rarissime reazioni allergiche, infezioni, formazioni granulomatose persistenti per alcuni mesi ed eventualmente necrosi della zona per compressione vascolare da parte dell'impianto;
- f) **possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
nessuno.
- g) **possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
nessuna
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
.....

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:

FILLER

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):**
PEFS (panniculopatia edemato fibro sclerotica);
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
nessuna
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
concentrare maggiormente il farmaco nell'area specifica interessata dal trattamento e di permettere così una maggior durata ed azione dell'effetto farmacologico;
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
Nessuno
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
infiammazione, edema, ematomi, rarissime reazioni allergiche, infezioni, formazioni granulomatose persistenti per alcuni mesi ed eventualmente necrosi della zona per compressione vascolare da parte dell'impianto;
- f) **possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
nessuno.
- g) **possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
nessuna
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
.....

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:

FILLER

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