

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:**

asportazione chirurgica tradizionale o mediante diatermocoagulazione

c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**

il termine laser deriva dalle iniziali delle parole "Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation": è una forma di energia luminosa usata in campo medico-chirurgico e soprattutto in dermatologia. Ciascun laser prende il nome del materiale solido, liquido o gassoso utilizzato come mezzo attivo ed emette una radiazione luminosa capace di attività terapeutica. Il laser CO₂ è così detto perché il materiale che produce la radiazione luminosa è la anidride carbonica (CO₂). Questo tipo di laser è utilizzato in dermatologia per trattare angiomi rubini, callosità, cisti epidermiche, cheratosi seborroiche, cheratosi senili o solari, condilomi, epitelomi di modeste dimensioni, epulidi, granulomi piogenici, iperplasie sebacee, lentigo e macchie solari, leucoplachie, alcuni nevi dermici, alcuni nevi verrucosi, papillomi, fibromi penduli, rinofima, verruche volgari, piane, filiformi, xantelasma. I vantaggi del laser CO₂ rispetto alle tradizionali metodiche sono: maggiore precisione operativa, maggior salvaguardia e rispetto dei tessuti circostanti la lesione, guarigione in tempi più rapidi, miglior risultato estetico per il minor danno termico, possibilità di intervento su portatori di pace-maker (impossibile con il diatermocoagulatore), assenza di contatto tra manipolo del laser e tessuti cutanei, minor incidenza di complicanze operatorie.

d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**

permanenza ed eventuale progressione delle lesioni dermatologiche

e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**

dopo l'intervento compare nella zona trattata un arrossamento (eritema) che di solito regredisce in 20-40 giorni e possono anche comparire vescicole e/o croste che scompaiono in 10-20 giorni; per entrambe le situazioni vengono prescritte medicazioni lenitive, cicatrizzanti e disinfettanti. In alcuni casi possono permanere per 2-4 mesi aree di pelle più chiare o più scure nelle zone trattate e in casi rari (quando il trattamento coinvolge gli strati più profondi della cute) possono formarsi cicatrici

f) **possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**

in casi rari (quando il trattamento coinvolge gli strati più profondi della cute) possono formarsi cicatrici

g) **possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**

asportazione chirurgica tradizionale o diatermocoagulazione

h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**

nel caso di soggetti con processi infettivi in atto o infiammatori diffusi, di soggetti in terapia con farmaci fotosensibilizzanti e di soggetti con anamnesi positiva per cicatrici ipertrofiche o cheloidi si sconsiglia il trattamento laser

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: **LASER CO₂**

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:**

asportazione chirurgica tradizionale o mediante diatermocoagulazione

c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**

il termine laser deriva dalle iniziali delle parole "Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation": è una forma di energia luminosa usata in campo medico-chirurgico e soprattutto in dermatologia. Ciascun laser prende il nome del materiale solido, liquido o gassoso utilizzato come mezzo attivo ed emette una radiazione luminosa capace di attività terapeutica. Il laser CO₂ è così detto perché il materiale che produce la radiazione luminosa è la anidride carbonica (CO₂). Questo tipo di laser è utilizzato in dermatologia per trattare angiomi rubini, callosità, cisti epidermiche, cheratosi seborroiche, cheratosi senili o solari, condilomi, epitelomi di modeste dimensioni, epulidi, granulomi piogenici, iperplasie sebacee, lentigo e macchie solari, leucoplachie, alcuni nevi dermici, alcuni nevi verrucosi, papillomi, fibromi penduli, rinofima, verruche volgari, piane, filiformi, xantelasma. I vantaggi del laser CO₂ rispetto alle tradizionali metodiche sono: maggiore precisione operativa, maggior salvaguardia e rispetto dei tessuti circostanti la lesione, guarigione in tempi più rapidi, miglior risultato estetico per il minor danno termico, possibilità di intervento su portatori di pace-maker (impossibile con il diatermocoagulatore), assenza di contatto tra manipolo del laser e tessuti cutanei, minor incidenza di complicanze operatorie.

d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**

permanenza ed eventuale progressione delle lesioni dermatologiche

e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**

dopo l'intervento compare nella zona trattata un arrossamento (eritema) che di solito regredisce in 20-40 giorni e possono anche comparire vescicole e/o croste che scompaiono in 10-20 giorni; per entrambe le situazioni vengono prescritte medicazioni lenitive, cicatrizzanti e disinfettanti. In alcuni casi possono permanere per 2-4 mesi aree di pelle più chiare o più scure nelle zone trattate e in casi rari (quando il trattamento coinvolge gli strati più profondi della cute) possono formarsi cicatrici

f) **possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**

in casi rari (quando il trattamento coinvolge gli strati più profondi della cute) possono formarsi cicatrici

g) **possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**

asportazione chirurgica tradizionale o diatermocoagulazione

h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**

nel caso di soggetti con processi infettivi in atto o infiammatori diffusi, di soggetti in terapia con farmaci fotosensibilizzanti e di soggetti con anamnesi positiva per cicatrici ipertrofiche o cheloidi si sconsiglia il trattamento laser

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: **LASER CO₂**

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