



INFORMATIVA PER LASER AURA

Da allegare alla
attestazione n°19
data: 09/04/2013
rev. 1

1° originale da rilasciare al/alla Paziente a seguito del colloquio con allegata la relativa
“Attestazione di volontà”

Nome e cognome del Paziente:

• diagnosi o sospetto diagnostico (*al momento della proposta della prestazione*):
capillari del volto, couperose, fotoringiovanimento

• possibili varianti nell'esecuzione:
diatermocoagulazione, crioterapia, altri tipi di laser

• benefici attesi e scopo della prestazione proposta:
miglioramento estetico delle lesioni vascolari superficiali, soprattutto capillari di piccole dimensioni

• rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:
nessuno

• rischi prevedibili legati all'esecuzione (*al momento della proposta*) **e possibili complicanze:**
discromie (iper-ipocromia), lesioni cicatriziali superficiali

• possibili problemi di recupero (*es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...*):
lieve eritema che scompare in sette giorni

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

Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:

.....
.....
.....

Data del colloquio:/..../.....

Firma del Paziente che ha ricevuto le informazioni:

.....

Timbro e Firma del Medico che ha fornito le informazioni:

.....

2° originale Da archiviare presso il servizio con allegata la relativa “Attestazione di volontà”