

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"