



**INFORMATIVA PER
LASER ERBIUM**

Da allegare alla
attestazione n° 04

data 22/04/2013
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):
CICATRICI DA ACNE – VERRUCHE – FIBROMI - RUGHE DEL VOLTO, OCCHI,
LABBRA - CHERATOSI SEBORROICA;

• **possibili varianti nell'esecuzione:**
NESSUNA;

• **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
RIDUZIONE DELLE PATOLOGIE SOPRA RIPORTATE;

• **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
PEGGIORAMENTO DELLA PATOLOGIA;

• **rischi prevedibili legati all'esecuzione** (al momento della proposta) **e possibili complicanze:**
ROSSORE (regredisce in 20-40 giorni) – EROSIONI – VESCICOLE – CROSTE (regrediscono in 10-20 giorni) – AREE IPO e/o IPERPIGMENTATE (2/4 mesi) – CICATRICI – SOVRAINFEZIONI BATTERICHE, VIRALI E MICOTICHE.

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

• **possibilità di alternative** (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):
ALTRI TIPI DI LASER – CRIOTERAPIA DTC

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"