

Consenso Informato

Addì _____

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____

Dichiara

- Di essere stato/a ampiamente informato/a dal Dr./Prof. _____ circa il trattamento di _____ che consiste nella inoculazione di una sostanza riempitiva nella zona _____, il trattamento verrà eseguito con l'ausilio del presidio medico denominato _____, circa il quale ho ricevuto dettagliatamente tutte le informazioni. La sostanza che verrà iniettata durante il trattamento presenta, come componente principale l'idrossilapatite di calcio sintetica, la scelta del trattamento e del tipo di presidio medico è stata concordata dopo una scrupolosa ed ampia informazione circa le condizioni pre-trattamento, le alternative terapeutiche, i diversi presidi medici idonei al trattamento concordato.

Sono stato/a posto/a a conoscenza:

- Che la sostanza iniettata è sostanza non riassorbibile, l'esito del trattamento sarà, dunque, definitivo; tuttavia l'esito del trattamento può variare da paziente a paziente ed in alcuni casi può essere necessario ricorrere a dei trattamenti supplementari in funzione delle dimensioni del difetto e delle esigenze del paziente.

Il presente modello è solo integrativo dell'estesa informazione ricevuta dal Dr./Prof. _____ durante i colloqui che hanno preceduto il trattamento, in particolare sono stato/a posto/a a conoscenza:

Delle reazioni al trattamento, ed in particolare:

Che sul sito di iniezione possono svilupparsi reazioni come eritema, edema, dolore, prurito decolorazione o iperestesia; tali reazioni si risolvono, generalmente, in modo spontaneo qualche tempo dopo l'iniezione.

Delle reazioni avverse al trattamento, ed in particolare:

Che al trattamento potrebbero essere infiammazione, infezione, formazione di fistole, estrusione, ematomi, sierosi, formazione di indurimenti, cattiva cicatrizzazione, decolorazione cutanea, aumento del volume insufficiente ovvero eccessivo.

Delle possibili complicanze, ed in particolare:

Che in caso di ipersensibilizzazione o reazione allergica può verificarsi un'infiammazione di entità significativa, che può richiedere la rimozione dell'impianto.

Che in caso di infezione di entità significativa è possibile che si verifichi una lesione o la perdita della cute al di sopra dell'impianto.

Dei possibili esiti del trattamento, che possono verificarsi anche a distanza di tempo, ed in particolare:

La formazione di eventuali noduli che può richiedere il trattamento o l'escissione.

Eventuali irregolarità dell'impianto possono richiedere una correzione di tipo chirurgico.

Eventuale migrazione delle particelle iniettate dal sito di iniezione verso altre parti del volto con reazioni autoimmuni.

- Che il Dr./Prof. _____ mi ha reso esaurientemente tutte le informazioni e le indicazioni relative alle precauzioni ed avvertenze da usarsi nei giorni precedenti e successivi al trattamento al fine di favorire la normale guarigione ed evitare complicanze, ed al fine, altresì, di non inficiare il buon esito del trattamento stesso. Sono stato/a informato/a circa la possibilità che disattendendo tali precauzioni ed avvertenze, potrei pregiudicare l'esito del trattamento. A tal proposito mi impegnerò a seguire pedissequamente tutte le indicazioni che mi verranno rese durante e dopo il trattamento ed in particolare:

- Evitare sole e l'abbronzatura con lampade UVA dopo il trattamento.
- Massaggiare l'area, specialmente le labbra, se si avverte la presenza di noduli.
- Applicare la pomata antibiotica prescritta tre o quattro volte al giorno, per una settimana.
- Risciacquare la parte con soluzione salina 4-6 volte al giorno per una settimana dopo il trattamento.

Sono a conoscenza che il verificarsi delle descritte reazioni o complicanze o esiti, potrebbe causare la riduzione delle mie attività sociali per un periodo di tempo pari a _____

Dichiaro

- Di aver letto attentamente il presente documento, e di averne riconosciuto i contenuti medesimi dell'informazione già ricevuta in forma orale durante i colloqui con il Dr./Prof. _____.
- Di aver ricevuto tutte le informazioni e i chiarimenti richiesti in merito al trattamento e ne ho ben compreso le finalità, le complicanze, i rischi ed i possibili esiti.

So che non può essere pronosticato a priori l'esatto risultato ed a tal proposito dichiaro che nessun impegno o garanzia di un ben determinato risultato che si otterrà dopo il trattamento mi è stata data dal Dr/_____, pertanto dichiaro di manlevare il dr/Prof. _____ dalla mancata rispondenza di fine estetico del miglioramento auspicato.

Sono a conoscenza che la percentuale di miglioramento del difetto da correggere, l'entità, la tollerabilità della sostanza e la sua durata, la simmetria del risultato, dipendono non solo dalle tecniche impiegate e dalla sostanza riempitiva utilizzata ma ancor più dalle risposte dell'organismo.

Dichiaro di aver ottenuto ogni chiarimento necessario ed esauritivo delle informazioni contenute nel presente modello, di aver posto in proposito tutti i quesiti che ho ritenuto opportuni ed ho ricevuto in merito risposte chiare ed esaurienti che ho ben compreso e che mi hanno soddisfatta/o.

Sulla base dell'informazione e dei chiarimenti ricevuti, ed in piena libertà di giudizio, accetto il trattamento proposto.

Autorizzo

Il Dr./Prof. _____ ad effettuare fotografie pre-trattamento che verranno utilizzate esclusivamente a scopi divulgativo/scientifici.

Autorizzo

Il Dr./Prof. _____ ad effettuare il trattamento proposto e sopra descritto.

Firma del Paziente
