

Modulo di trattamento con Acido ialuronico

Modulo di consenso informato a consultazione clinica per pazienti trattati con Acido ialuronico

Nome Paziente:

Indirizzo:

Codice di avviamento postale:

Telefono fisso:

Telefono cellulare:

Indirizzo Email:

Data di nascita:

Storia Clinica

Si prega di completare il seguente questionario medico

S N

La paziente è incinta o allatta al seno?

Ha mai sofferto di forti allergie/anafilassi?

Attualmente il paziente si è sottoposto a qualche trattamento medico?

Se si fornire maggiori dettagli

In passato il paziente si è sottoposto a trattamenti estetici (per es. laser, peeling, dermoabrasione, ecc.)?

Se si si prega di fornire maggiori dettagli

Il paziente si è mai sottoposto a trattamenti con filler dermici, filler dermici riassorbibili,

filler dermici semi permanenti o tossina botulinica?

In caso affermativo, a quale trattamento si è sottoposto, quali aree sono state trattate e quando?

Ha mai sofferto di patologie autoimmuni o di patologie che interessano il sistema immunitario?

Presenta infezioni cutanee o problemi infiammatori (herpes, acne, ecc.)?

Attualmente sta assumendo steroidi, aspirina o anticoagulanti (warfarina, ecc.)?

Soffre di artrite reumatoide o di mal di gola ricorrenti?

Soffre di qualche forma di allergia, in particolare all'acido ialuronico,

ad anestetici locali di tipo ammidico o alla Lidocaina?

Soffre di epilessia non trattata?

Tende a sviluppare cicatrici ipertrofiche?

Soffre di porfiria?

Soffre di difetti di conduzione cardiaca?

Se sì, la preghiamo di fornire maggiori dettagli:

Se la risposta a una delle domande precedenti è affermativa, il medico può richiedere ulteriori dettagli.

Il trattamento può essere rifiutato se è contro il suo interesse procedere.

CONSENSO INFORMATO

Il paziente conferma di essere stato informato che:

Acido ialuronico viene iniettato nel derma per correggere rughe, pieghe e solchi del volto e della pelle o per aumentare il volume delle labbra. Si sconsiglia l'associazione della linea di prodotti con alcuni farmaci che riducono o inibiscono il metabolismo epatico (cimetidina, beta-bloccanti, ecc.), il prodotto contiene 0,03% di lidocaina che può causare un risultato positivo ai test anti-doping. A causa dell'uso di un ago, è facile che si verifichi un sanguinamento in corrispondenza del sito di iniezione. In seguito all'iniezione, è possibile che si verifichino reazioni che danno origine, per es. a rossore e gonfiore e ciò può essere associato a punture, prurito, fastidio alla pressione esercitata sul sito d'iniezione. Questa reazione può durare vari giorni. Raramente sono stati riferiti problemi quali: chiazza nel sito d'iniezione, necrosi, formazione di ascessi, granulomi e ipersensibilità. Nel sito d'iniezione possono comparire indurimenti o noduli.

Se uno di questi sintomi persiste per più di una settimana, o se si manifesta qualsiasi altro effetto collaterale, occorre riferirli al medico appena possibile, in modo che egli possa consigliare la migliore strategia terapeutica. Sebbene rari, questi effetti collaterali e il loro trattamento possono perdurare per vari mesi.

Gli effetti estetici della linea di prodotti durano fino a 12 mesi, ma possono variare secondo le situazioni della pelle, dell'area trattata, della quantità di prodotto iniettato, della tecnica di inoculo e da fattori legati allo stile di vita, quali l'esposizione al sole e il fumo.

La durata media del trattamento per le labbra è di 6 mesi, a causa della ricca vascolarizzazione è dell'intensa attività di questa area del volto. Per ottimizzare i risultati e prolungarne al massimo la durata, può rendersi necessario un ritocco 1-3 settimane dopo la prima iniezione.

Dopo il trattamento, si prega di evitare espressioni del viso eccessive, di consumare alcool e di applicare trucco per 12 ore. Si prega inoltre di evitare l'esposizione eccessiva al sole, ai raggi UV, a temperature molto fredde e a saune per 2 settimane dopo il trattamento.

Confermo che _____ il mio medico ha:

- Fornito informazioni sufficienti per capire l'utilizzo di cui sopra al fine di poter prendere una decisione informata
- Dato l'opportunità di rivolgere altre eventuali domande sul trattamento proposto e sono soddisfatta delle risposte ottenute
- Lasciato il tempo di pensare al trattamento sopra descritto
- Ricevuto le informazioni che si riferiscono alla mia storia clinica per quanto io ne sia a conoscenza

Acconsento per tanto a sottopormi al trattamento estetico descritto per mano del mio medico di fiducia

Firma: _____ Data: _____