

CONSENSO INFORMATO CRIOTERAPIA

L'informazione adeguata è fondamentale ed indispensabile requisito di ogni atto sanitario. Per tale motivo crediamo che garantirLe una buona informazione La aiuti ad affidarsi con consapevolezza ai professionisti sanitari ed alla loro competenza.

Attraverso le seguenti informazioni si vuole illustrare benefici, effetti collaterali e rischi, oltre a valide alternative al trattamento richiesto e le conseguenze dell'eventuale "mancato intervento".

Procedura	Motivo della manovra
Crioterapia	

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO DI CRIOTERAPIA

Tramite dispositivo spray si applica l'azoto liquido sulla lesione, per un tempo e per un numero di cicli che può variare in base alla patologia da trattare. Subito dopo il trattamento si può avvertire bruciore che va a ridursi in alcune ore. La parte trattata può apparire eritematosa, edematosa ed essudante fino alla comparsa di una bolla. Necessita di medicazione quotidiana. Le probabilità di successo del trattamento, in assenza di complicanze, sono: 80-90%. I rischi più comuni di questo intervento sono: bruciore post-intervento, formazione di bolla sierosa o siero-ematica, formazione di crosta, infezione della ferita. I possibili esiti cicatriziali dell'intervento chirurgico sono rappresentati da: area discromica (ipocromica ipercromica), area cicatriziale atrofica. In linea generale il periodo necessario per un recupero funzionale è di: 1-3 settimane.

RACCOMANDAZIONI PER IL PAZIENTE

Seguire scrupolosamente le indicazioni fornite in merito alla medicazione e al trattamento della ferita (detergere delicatamente senza strofinare, non rimuovere manualmente le croste, medicare due volte al giorno con pomata cicatrizzante/antibiotica, forare la bolla con ago sterile per far fuoriuscire il liquido interstiziale della bolla solo in caso di dolore o fastidio importante). Per ridurre il rischio di macchie cutanee dovrà evitare l'esposizione diretta ai raggi ultravioletti, sole e lampade abbronzanti, e dovrà utilizzare una crema a protezione solare totale.

ogni qualvolta stia all'aperto per almeno due mesi dall'intervento. Ho altresì discusso con il medico di altre possibili soluzioni e modalità di intervento (laser terapia, diatermocoagulazione, asportazione chirurgica). Vantaggi della crioterapia sono la rapidità delle sedute, l'assenza di anestesia ed una guarigione rapida e senza cicatrici.

Privacy e GDPR

1) Ai sensi della legge sulla Privacy (n°675del31.12.1996 e successive modifiche) e del General Data Protection Regulation europeo Gdpr n°679/2016 entrato in vigore il 25 maggio del 2018) conferisco il consenso ad effettuare su di me fotografie e/o riprese video prima, durante e dopo il trattamento, che saranno archiviate anche in vista delle successive visite di controllo per poter valutare l'evoluzione dell'intervento, dei processi di guarigione. Questo conferimento di consenso all'utilizzo dei dati è indispensabile per poter usufruire delle prestazioni.

2) Ai sensi della suddetta legge sulla Privacy (n° 675 del 31.12.1996 e successive modifiche) e del General Data Protection Regulation europeo Gdpr n°679/2016 entrato in vigore il 25 maggio del 2018) consento l'utilizzo delle suddette fotografie per scopi scientifici per congressi medici, pubblicazioni a mezzo stampa ed anche digitale, su siti internet, per utilizzo con finalità divulgativo, didattiche, scientifiche con la garanzia dell'anonimato. Questo conferimento di dati è facoltativo e l'autorizzazione è revocabile con le modalità e forme e i limiti di cui al regolamento per la tutela della privacy adottato dallo studio consultabile presso la Direzione della struttura ed è regolato dal consenso sul trattamento dei dati da me già sottoscritto.

Io sottoscritto/a

Codice Fiscale

Ho letto il consenso con il medico e mi ha spiegato ogni aspetto della tecnica e dei trattamenti previsti per me, ha risposto esaurientemente alle mie domande ed ha risolto ogni mio dubbio. Ritengo il colloquio esaustivo e chiaro. Avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

ACCONSENTIRE ad essere sottoposto alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze prevedibili temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta. Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento. Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Certifico di essere maggiorenne.

Milano, data

Firma del paziente

Per specifica accettazione ed autorizzazione del punto n°2 del presente documento relativo alla legge sulla Privacy (n° 675 del 31.12.1996 e successive modifiche) e del General Data Protection Regulation europeo Gdpr n°679/2016 entrato in vigore il 25 maggio del 2018) regolato in base al consenso per la tutela della privacy e la protezione dei dati da me sottoscritto.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Firma del paziente

Firma del medico