

CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTO CARBOSSITERAPIA

Il trattamento di carbossiterapia ha come obiettivo quello di indurre un incremento della concentrazione di anidride carbonica nel tessuto cutaneo e sottocutaneo allo scopo di abbassarne il pH e richiamare così un maggior apporto di ossigeno a tali tessuti ed anche ad incrementare la concentrazione dei "fattori di crescita".

Tale metodica favorisce un maggior apporto del flusso capillare stimolando così anche la lipolisi e la rigenerazione cutanea e quindi funzionale la dove è presente un esito a livello cutaneo e sottocutaneo. Risulta efficace anche nel trattamento delle adiposità localizzate.

La metodica non richiede alcun tipo di anestesia e non lascia esiti post-trattamento. I pazienti possono riprendere immediatamente le proprie attività.

Vi preghiamo di leggere con attenzione queste note al fine di garantire il miglior risultato del trattamento ed essere informati su eventuali controindicazioni o effetti collaterali.

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di:

1. Non essere in terapia con anticoagulanti
2. Non soffrire di insufficienza respiratoria grave con ipercapnia
3. Non essere affetto da insufficienza cardiaca grave
4. Non essere affetto da tromboflebiti nella sede del trattamento
5. Non essere affetto da flebo trombosi nella sede del trattamento
6. Non essere in terapia con acetazolamide, diclofenamide o altri inibitori dell'anidrasi carbonica
7. Non essere affetto da malattie infiammatorie acute del tessuto connettivo
8. Non essere in stato di gravidanza né in fase di lattazione

NOTA BENE:

I soggetti affetti dalle patologie sopra riportate non possono essere trattati, salvo diversa indicazione medica.

Durante la seduta è possibile avvertire un leggero e transitorio dolore localizzato. Sono invece sporadiche le sensazioni di pesantezza agli arti e di crepitio sottocutaneo.

Chi si sottopone al trattamento dovrà immediatamente segnalare all'operatore ogni altra sensazione fastidiosa che possa intervenire.

L'esito del trattamento dipende anche dalla Vostra collaborazione. Grazie!

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.

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di aver letto e compreso in ogni sua parte quanto da me sottoscritto, dopo esserne stata/o dettagliatamente informata/o dall'operatore che effettua il trattamento.

Io sottoscritto/a

Codice Fiscale

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