

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO CON FILLER a base di ACIDO IALURONICO

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone. Il consenso è personale e non delegabile a soggetti terzi (se non per minori o soggetti a tutela). Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato dal medico che glielo sottopone e che contemporaneamente lo illustra, Le fornisce ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerta che Lei bene conosca quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione. È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare, ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato; pertanto chiarisca con il medico ogni aspetto che non Le appare pienamente comprensibile.

Di seguito pertanto Le vengono indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente l'esposizione.

L'acido ialuronico è un polisaccaride presente in tutti gli esseri animali, la cui formulazione a scopo riempitivo (filler) può essere di origine animale o di sintesi; esso viene prodotto nell'assoluto rispetto delle normative comunitarie. Proprio per la sua natura comune a tutti gli esseri viventi, subisce una degradazione completa da parte dell'organismo in uno spazio variabile da alcuni giorni ad alcuni mesi. Questa variabilità di tenuta è legata a delle caratteristiche individuali del soggetto ricevente legati a molti fattori, i più diversi tra loro che non sempre possono essere accertati preventivamente. Anche se molto raro è da segnalare che in alcuni soggetti può venire eliminato in pochi giorni o poche settimane. Non restano pertanto residui di alcun genere dopo il naturale periodo di riassorbimento del prodotto da parte dell'individuo ricevente.

Preso atto di quanto sopra richiamato confermo che il Dott. JAFAR HASSIBI mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo che verrà da lui attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a essa connessi e le eventuali alternative possibili nonché di aver avuto la possibilità di discutere il

testo della presente informativa. Ho anche dichiarato senza riserve il mio stato di salute, onde permettere al medico di valutare eventuali controindicazione al trattamento.

In particolare mi è stato spiegato che la tecnica di trattamento mediante filler consiste nella veicolazione intradermica o sottocutanea di una sostanza che ha come componente principale acido ialuronico e componenti legate alla formulazione del medesimo, secondo le attuali disposizioni di legge vigenti. Preso atto di quanto sopra richiamato, confermo che il medico mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad essa connessi e le eventuali alternative possibili.

Sono in particolare stato informato che il trattamento con acido ialuronico può indurre infiammazione, edema, ematomi, rarissimamente reazione allergiche, infezioni, formazioni granulomatose persistenti anche per alcuni mesi, in caso di iniezioni effettuate nell'area glabella si può avere una necrosi della zona per compressione vascolare da parte dell'impianto.

Sono stato messo a conoscenza che nei giorni successivi al trattamento potrò avrò ematomi, arrossamenti, edema che si attenuano fino a scomparire in un periodo che va dai 3 ai 10 giorni; raramente questi effetti potrebbero essere più accentuati o durare per un periodo maggiore di quanto sopra esposto.

Mi è stata sconsigliata l'esposizione diretta ai raggi ultravioletti (esposizione solare, lampade) come al calore (docce molto calde, saune e bagni turchi) o al freddo intenso nelle quattro settimane successive al trattamento così come da evitare sono tutte le manovre traumatizzanti (sfregamento della zona trattata, gommage, brushing, terapie estetiche ecc...) utilizzo di detergenti o cosmetici inadeguati che possono aumentare il rischio di effetti collaterali ed alterano il risultato terapeutico prefissato. E' peraltro sconsigliata l'assunzione in quantitativi significativi di alcolici e superalcolici per un periodo di 10-14 giorni.

Sono stato edotto/a delle mie caratteristiche cutanee e del fototipo di appartenenza, e delle relative precauzioni che dovrò avere prima e dopo il trattamento, sono stato/a informato/a delle possibili eventualità di ripetere i trattamenti per conseguire il risultato voluto.

Mi impegno pertanto fin da ora a seguire scrupolosamente tutte le istruzioni pre e post-filler fornitemi, in quanto ne comprendo l'importanza per l'ottenimento dei risultati e confermo di aver dichiarato senza riserve il mio stato di salute, allergie o intolleranze, eventuali trattamenti medico estetici o chirurgici effettuati

precedentemente, così come l'aver utilizzato altre tipologie di filler che potrebbe essere responsabile di un evento avverso al fine di permettere al medico di valutare eventuali controindicazioni al trattamento.

Inoltre sono stato messo al corrente che tale procedura può determinare rischi o complicanze per cause non inerenti al buon operato del medico e che non mi sono state fornite garanzie precise circa il risultato che otterrò con questo trattamento ed in particolare sulla durata di efficacia del medesimo.

Io sottoscritto/a

Codice Fiscale

Letto quanto sopra, ritenuto di averlo correttamente compreso e di avere ottenuto i sufficienti e necessari chiarimenti richiesti durante il colloquio, **ACCONSENTO** a essere sottoposto/a a procedura medica mediante impiego di FILLERS a base di

acido ialuronico

per la seguente finalità:

Estetica

e nelle seguenti aree:

Allergie

Nego allergie a farmaci

Dichiaro di essere allergico ai seguenti principi farmacologici:

.....

Trattamenti precedenti

Nego precedenti trattamenti

mi sono sottoposto ai seguenti trattamenti medico-estetici-chirurgici

.....

Nego di aver utilizzato filler

Dichiaro di essere stato/a trattato/a in precedenza con filler

.....

Sono stato/a edotto/a delle mie caratteristiche cutanee, del fototipo di appartenenza e delle relative precauzioni che dovrò avere prima e dopo il trattamento, sono stato/a informato/a delle possibili necessità di ripetere i trattamenti per conseguire il risultato terapeutico voluto. Mi sono state segnalate le procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi, i rischi e i benefici e sono consapevole di aver optato per la procedura sopra menzionata di impianto con filler.

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.

Letto quanto sopra, e ritenuto di averlo correttamente compreso e di avere ottenuto i sufficienti e necessari chiarimenti richiesti durante il colloquio con il medico.

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