

INFORMATIVA E CONSENSO PER L'INTERVENTO DI CHIRURGIA NON ABLATIVA

Dichiaro di aver letto la seguente Informazione scritta sulle cose da fare e non fare, sui rischi e le complicanze dei più diffusi interventi e delle sostanze usate sia in caso di precedenti interventi sia in caso di interventi presso altri ambulatori, durante la cura in oggetto, oltre alle delucidazioni datemi verbalmente dal Dottor Jafar Hassibi.

Dichiaro inoltre:

Di far uso dei seguenti farmaci:

Di essere allergico a:

Di essermi sottoposto/a precedentemente ai seguenti trattamenti chirurgici e/o estetici:

Di essere portatore di patologia / danno estetico al:

causatomi da un precedente intervento effettuato nell'anno _____

presso _____

nella zona corporea _____

TIPOLOGIE DI INTERVENTO, EFFETTI AVVERSI E NORME COMPORIMENTALI

- **Asportazione di neoformazioni, Macchie cutanee, Pigmentazioni, Cicatrici e Blefarocalasi** - La zona trattata deve essere lavata con acqua e sapone di Marsiglia solido, deve essere disinfettata giornalmente solo con disinfettanti al benzalconio (es. Citrosil verde) - Non deve essere mai coperta

con cerotti, per la possibilità di macerazioni, sensibilizzazioni, infezioni.- Non devono esservi applicati medicinali o cosmetici, assolutamente proibite le creme.- La crosta non deve essere asportata per alcun motivo; Cadrà da sola dopo 7-20 gg altrimenti si rischiano avvallamenti ed irregolarità della cute. - Appena caduta la crosta, la zona dovrà essere protetta dalle radiazioni ultraviolette (Sole, Monitor del computer, Lampade al Neon e Fluorescenti, smartphone, rivelatori di banconote false, catalizzatori ecc.) con fondotinta fluido sterile per evitare la formazione di discromie. Una colorazione rosa potrà, in soggetti predisposti, durare a lungo. In alcuni casi possono esitare depigmentazioni, macchie o avvallamenti.

- **Correzione di rughe, labbra, cicatrici, depressioni cutanee, ipovolumetrie del viso e corpo** - Possono svilupparsi: cicatrici retraenti, cheloidi, macchie cutanee, reazioni allergiche dovute al disinfettante utilizzato, reazioni tipo shock anafilattico, arrossamenti, lipotimie da emotività, autosuggestione o da ipertono vagale, erisipela da superinfezione batterica o virale.
- **Trattamento non cruento di teleangiectasie e angiomi:** possono esitare avvallamenti e discromie, i vasi possono, in alcuni casi, ripresentarsi nello stesso punto in cui si trovavano.
- **Trattamento non cruento di asportazione di cisti sebacee:** possono esitare avvallamenti e discromie, le formazioni cistiche possono, in alcuni casi, ripresentarsi nello stesso punto in cui si trovavano.
- **Correzione di inestetismi causati da precedenti interventi:** si respingono responsabilità di qualsiasi genere, non potendo determinare il tipo di materiale utilizzato dal Collega, le quantità usate e la tecnica d'intervento.
- **Durante tutto il ciclo di cura con LO STUDIO non devono essere fatti trattamenti di alcun genere, assunti farmaci se non espressamente prescritti dallo stesso, non si deve ricorrere all'utilizzo di fillers** (materiali usati a scopo riempitivo): Qualsiasi filler non riassorbibile, non correggerà mai in modo definitivo l'inestetismo per il quale viene utilizzato perché dopo un certo numero di mesi o di anni, tenderà a spostarsi. Materiali quali Idrogel, silicone, acido ialuronico, collagene, ribonucleotidi, anestetici, possono dare reazioni avverse ed in alcuni casi granulomi da corpo estraneo, gravi reazioni di rigetto, cicatrici retraenti, ed altri fenomeni indesiderati altamente deturpanti.
- **Cura in Chirurgia non Ablativa o Invasiva dell'acne e dei danni cicatriziali senza uso di farmaci o iniezioni di medicinali o sostanze:** possono esitare discromie importanti e retrazioni cutanee e avvallamenti dovuti al tipo di pelle e all'osservanza o meno delle prescrizioni del Medico.

- Durante ogni intervento verranno effettuate foto, filmati, e registrazioni audio. I Pazienti sono invitati a controllare ogni fase della cura mediante specchio o monitor.

Il/la sottoscritto/a ben ricorda che:

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 preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie, 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

3) Ricevo il foglio con le istruzioni post-operatorie e la terapia medica domiciliare, e ad entrambi mi impegno ad attenermi con scrupolo.

Come giudica le informazioni a lei fornite sia verbalmente che nel presente modello informativo e di consenso?

Ho avuto tempo e modo di porre a proposito tutte le domande che ho ritenuto opportune ed ho ottenuto in merito risposte esaurienti che ho compreso appieno e che mi hanno soddisfatto. Valutate le terapie alternative che mi sono state proposte e spiegate sia verbalmente che riassunte nel presente modello informativo, in piena libertà di giudizio accetto l'intervento chirurgico proposto.

Nome e Cognome del paziente

Codice Fiscale del paziente

Milano, data

Firma

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.

SI, ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Firma _____

Firma del medico _____