Dr. Alessio Redaelli

Via Di Vittorio 24 20070 DRESANO

Modulo di consenso informato per LASERTERAPIA

Il/la sottoscritto/a_____ di anni_____

residente a_____ in Via_____

Tel._____

in vista dell'atto medico-terapeutico sopra indicato conferma di essere stato/a esaurientemente informato/a sulla natura e sugli effetti conosciuti dell'intervento medico richiesto e di seguito descritto.
Il consenso è personale e non delegabile ai familiari (se non per minori o soggetti a tutela)

Il laser 1064 emette una particolare luce che permette di trattare alcuni inestetismi del corpo umano. La sua luce, quando incontra ub particolare colore ne provoca la degradazione e l'eliminazione.

Indicazioni:

-fotoringiovanimento cutaneo.
-depilazione definitiva
-Trattamento dei capillari degli arti inferiori (teleangectasie)
-Trattamento dei capillari del viso (couprose)

Controindicazioni:

- pelli irritate
- malattie cutanee e generali
-storia di keloidi
-gravidanza
-malattie del collagene
-pelli abbronzate
-se ci si deve esporre al sole nei giorni successivi.

Dichiaro comunque di avere le seguenti malattie e di aver sofferto dei seguenti disturbi:

.....

Nei 2-3 giorni successivi il trattamento, sarà opportuno evitare l'esposizione a temperature troppo calde o troppo fredde.
E' vietato esporsi al sole intenso per 1 mese.
Non bisogna irritare la pelle per 1 mese almeno (peeling, dermoabrasioni, trattamenti irritanti in genere e qualsiasi trattaneto nelle zone esposte deve essere autorizzato dal medico).

Possibili problemi: piccole cicatrici, piccole crosticine, ustioni, ipo o iperpigmentazioni, alcuni pazienti possono non rispondere totalmente al trattamento o avere risultati modesti.

Sono di norma necessarie più sedute (di solito da 4 a 8) e nel tempo sono necessarie sedute di mantenimento.
I risultati non sono definitivi ma sono da considerarsi un aiuto per mantenere la pelle sana.

Le procedure ed i mezzi utilizzati sono quelli che allo stato attuale vengono riconosciuti i più idonei da un punto di vista medico-scientifico.

Dichiaro comunque di non essere in gravidanza e di essere allergica alle seguenti sostanze:

……

e di aver già eseguito le seguenti terapie estetiche:

……
Autorizzo la gestione dei dati anche per uso iconografico.

Confermo di aver letto ed aver capito quanto sopra.

Confermo di aver avuto la possibilità di fare tutte le domande che ritenevo necessarie.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte

Data_____

Firma del paziente **Firma del medico**