

CONSENSO AL TRATTAMENTO INIETTIVO CON FILLER

Data _____

NOME		COGNOME	
INDIRIZZO		C.A.P.	
CITTA'		TELEFONO	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	

Specifiche prodotto utilizzato:

ANAMNESI PERSONALE

Segnare se negli ultimi sei mesi è stato sottoposto/a a:

- Interventi chirurgici importanti
- Estrazioni dentali
- Nessuno dei precedenti

Segnare se è affetto/a da:

- Allergie
- Herpes
- Acne in fase attiva
- Predisposizione alla formazione di cheloidi
- Dermatopatie in fase attiva
- Diabete
- Patologie causate da infezione da streptococco (per es. mal di gola)
- Malattie sistemiche
- Nessuno di questi

Segnare se:

- È in stato di gravidanza
- È nel periodo di allattamento
- Nessuno di questi

ASSUNZIONE DI FARMACI

Segnare se sta assumendo uno dei seguenti farmaci:

L'elenco degli studi presso cui la Dott.ssa Stefania Miglietta riceve è disponibile in VISITE e CONTATTI

- Antibiotici
- Corticosteroidi sistemici
- Uso regolare di FANS
- Anticoagulanti
- Assunzione di altri farmaci
- Nessuno di questi

TRATTAMENTI PRECEDENTI

È stato/a mai sottoposto/a a iniezioni di filler riempitivi riassorbibili? Sì No

Quando? _____

Con quali prodotti?

In seguito all'iniezione ha riportato problemi o reazioni? Sì No

AUTORIZZAZIONE

Sono pienamente consapevole che i filler _____ sono dei gel iniettabili composti da acido ialuronico sottoposto a processo di cross-linking, indicati specificatamente per il trattamento di rughe profonde, medie e superficiali e per modellare o aumentare il volume delle labbra. Sono stato/a informato/a in modo chiaro e dettagliato sulla procedura

d'impianto e confermo di averla compresa pienamente. Sono stato/a informato/a chiaramente su metodiche alternative, così come sui loro relativi vantaggi e svantaggi.

Dichiaro inoltre di essere stato/a ampiamente informato/a dei benefici, dei rischi e delle complicazioni generali e specifiche, immediate o successive nonché degli effetti collaterali che potrebbero verificarsi in seguito a questa procedura. Ho informato il Medico delle allergie di cui sono a conoscenza e dei medicinali che sto assumendo.

Dichiaro di non essere stato/a sottoposto/a a procedure di impianti permanenti nell'area che dovrà essere trattata oggi, né a filler riempitivi riassorbibili negli ultimi 6 mesi. Non sono in stato di gravidanza né nel periodo di allattamento. Il Medico ha risposto a tutte le mie domande relative alla presente procedura. Sono soddisfatto/a delle spiegazioni ricevute e dopo un tempo sufficiente di riflessione e una valutazione accurata,

L'elenco degli studi presso cui la Dott.ssa Stefania Miglietta riceve è disponibile in VISITE e CONTATTI

acconsento al trattamento proposto con l'utilizzo di
_____.

Data_____

Firma del Paziente

Firma del Medico
