

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON PEELING CHIMICO

Il sottoscritto.....acconsento di sottopormi al trattamento noto come **peeling superficiale**. Dichiaro che mi è stato spiegato in cosa consiste ed ho avuto l'opportunità di effettuare delle domande. Sono consapevole che il trattamento può indurre gonfiore del viso e/o_____ (sede trattata), che può essere fastidioso. Il trattamento può indurre arrossamento cutaneo ed esfoliazione tipo ustione solare. Durante e dopo il trattamento si possono verificare: pizzicore, prurito, bruciore, cociore, senso di tensione cutanea (pelle che "tira"), esfoliazione e croste degli strati superficiali cutanei. Queste sensazioni diminuiranno gradualmente nell'arco della settimana successiva al trattamento fino al ripristino delle normali condizioni della superficie cutanea.

Alcuni pazienti, tuttavia, possono reagire con maggiore intensità: in casi severi la pelle può diventare molto rossa, con bolle, gonfiore e croste. Questa condizione può creare un notevole disagio e la pelle può apparire come dopo un'intensa ustione solare. L'esfoliazione generalmente dura da tre a sei giorni, talvolta più a lungo.

Sono consapevole che esiste il rischio (sebbene minimo) di sviluppare un cambiamento permanente della pigmentazione della pelle (colore). E' possibile (piccola incidenza) il verificarsi di riattivazione dell'infezione da herpes ("febbre delle labbra") in soggetti con precedente storia di herpes. Analogamente per la possibilità di un'eruzione acneiforme dopo il peeling. Rara è l'incidenza di cicatrici ed infezioni.

Ho ricevuto una copia delle istruzioni post-peeling ed ho avuto l'opportunità di leggerle.

PRODOTTO UTILIZZATO: _____

Data _____

Firma leggibile del paziente

Firma leggibile del medico
