

## CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON PLEXR

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ dichiaro:

- Di fare uso dei seguenti farmaci: \_\_\_\_\_
- Di essere allergico a: \_\_\_\_\_
- Di essermi sottoposto precedentemente ai seguenti trattamenti chirurgici o estetici: \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ottenuto durante la visita ed il colloquio preliminare con la **Dott.ssa Stefania Miglietta** idonea informazione sulla diagnosi, prognosi, prospettive ed eventuali alternative diagnostiche-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Dichiaro di aver letto la seguente informazione sulle cose da fare e non fare, rischi, complicanze, anche in caso di precedenti interventi o procedure medico-estetiche.

Qualsiasi tipo di intervento, anche se condotto in modo corretto, può causare effetti imprevedibili, relativi alla risposta individuale. Anche in seguito ad interventi effettuati con PLEXR esiste la possibilità, seppur rara, che possano verificarsi, come esiti del trattamento, discromie, retrazioni cutanee, comparsa di capillari e/i aree rosacee, cicatrici o reazioni allergiche dovute al disinfettante, reazioni dovute ad emotività, autosuggestione e ipertono vagale.

Nel caso di inestetismi causati da precedenti interventi non è possibile prevedere con accettabile approssimazione l'esito, non potendo determinare con precisione il tipo di materiale utilizzato, le quantità e la tecnica di intervento.

Reso edotto/a dei probabili benefici e rischi del trattamento, avendo compreso le informazioni qui contenute, spiegatemi verbalmente e per iscritto dalla Dott.ssa Stefania Miglietta, acconsento a sottopormi alla procedura proposta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI E INDICAZIONI POST-TRATTAMENTO DI CHIRURGIA NON ABLATIVA PLEXR

#### TIPOLOGIA DI TRATTAMENTO:

- BLEFAROPLASTICA NON CHIRURGICA
- LIFTING CON SOFT SURGERY

- TRATTAMENTO DI SOLCHI E RUGHE DI ESPRESSIONE
- ASPORTAZIONI DI NEOFORMAZIONI O MACCHIE
- TRATTAMENTO DELLE CICATRICI
- TRATTAMENTO DI LESIONI ATTIVE DA ACNE

1. La zona trattata deve essere lavata con acqua e sapone neutro (di Marsiglia)
2. La parte deve essere disinfettata giornalmente con disinfettante al benzalconio (Bialcol, Citrosil...) senza utilizzo di garze o cotone (con il polpastrello)
3. La zona trattata non deve essere coperta da cerotti (per evitare possibili macerazioni, sovrinfezioni o sensibilizzazioni)
4. Non applicare medicinali o cosmetici ad eccezione di quelli prescritti dal medico
5. La crosta non deve assolutamente essere asportata (per evitare irregolarità o avvallamenti della cute): cadrà spontaneamente in pochi giorni
6. La zona trattata deve essere protetta dalle radiazioni UV (sole, lampade, monitor del computer, lampade al neon e fluorescenti...) mediante applicazione di fondotinta idoneo o altro prodotto prescritto dal medico; tale applicazione deve avvenire per tutto il tempo in cui permane un colorito rosato della zona trattata dopo la caduta della crosta (può persistere in alcuni soggetti anche per mesi).

Data:

Firma del Paziente

Firma del Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Concedo l'autorizzazione all'utilizzo e alla pubblicazione, a scopo scientifico, delle immagini delle mie lesioni e dei trattamenti effettuati presso la Dott.ssa Stefania Miglietta, la quale si impegna a non farne uso alcuno che possa essere lesivo della dignità e della reputazione. Per il diritto di utilizzo delle immagini non sarà richiesto alcun compenso, essendo tali concessioni effettuate a titolo completamente gratuito. Il diritto di utilizzo delle immagini si intende concesso senza limiti di tempo.

Firma del Paziente

Firma del Medico