

Dr. Alfredo Astori
P.le Barsanti, 3 - 21052- Busto Arsizio (VA)

Modulo di consenso informato Rivitalizzazione

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).

LA RIVITALIZZAZIONE del viso, collo decolletè e mani consiste nell'iniezione di particolari sostanze come amminoacidi, ac. Nucleici, vitamine, sostanze antiossidanti ed ac. Ialuronico puro biointerattivo (che è un polisaccaride naturale presente in tutti gli organismi viventi). Tutte le sostanze del cocktail, a differenza del collagene, sono esenti dal rischio di reazioni di tipo allergico (come risulta da un'ampia letteratura a livello mondiale).

Serve per ringiovanire, rivitalizzare e nutrire il derma ed il sottocute donando luminosità e turgore. Nella fase successiva l'impianto, per alcuni giorni e raramente, si riscontra gonfiore ed arrossamento della parte trattata che di norma regredisce spontaneamente senza nessuna altra complicanza; raramente si possono formare dei piccoli ematomi.
Nei 2-3 giorni successivi il trattamento, sarà opportuno evitare l'esposizione a temperature troppo calde o troppo fredde.

Ho capito che saranno necessarie più sedute e che il trattamento andrà ripetuto negli anni.
L'impianto di ac. ialuronico non è particolarmente doloroso. Si utilizza una crema anestetica mezz'ora prima del trattamento. A volte può rendersi necessaria una anestesia iniettiva.

In letteratura sono riferite rarissime reazioni infiammatorie ed infettive. Possono rendersi necessarie sedute di ritocco anche a breve distanza di tempo.

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 essere allergica alle seguenti sostanze:

.....

e di aver già eseguito le seguenti terapie estetiche:

.....

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte

Data _____

Firma del paziente

Firma del medico
