

PREPARAZIONE ACIDO IALURONICO VISO

SIGLA: IMCO1 (1 ml per qualsiasi ruga del viso)
IMCO5 (0,5 ml per piccolissime correzioni delle rughe del viso)
IMCOL (0,7 ml per piccole correzioni delle labbra)
IDM45 (1 ml per rinofiller)

DURATA DEL TRATTAMENTO: circa 40 minuti

INDICAZIONI: correzioni delle rughe del viso, labbra e naso.

MODI DI ESECUZIONE E TRATTAMENTO: micropunture sottocutanee oppure sovraperiostali.

LOCALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO: terzo medio ed inferiore del viso.

INDICAZIONI PRIMA DEL TRATTAMENTO

Il giorno del trattamento la pelle deve essere:

- ✓ pulita senza creme medicate sul viso;
- ✓ integra, senza infiammazioni o lesioni.

E' possibile mettere una crema idratante sul viso.

E' necessario presentarsi 40 minuti prima del trattamento, per mettere la crema anestetica.

Per il trattamento delle labbra il paziente deve eseguire una profilassi con un trattamento antierpetico tipo Zovirax da 800 mg (comprese 3 al giorno) da assumere:

- ✓ due giorni prima del trattamento;
- ✓ il giorno del trattamento;
- ✓ nei due giorni successivi al trattamento.

EFFETTI COLLATERALI: ematomi, ecchimosi, edemi, intorpidimento, lividi, infezioni e allergia.

CONTROINDICAZIONI: grave allergia e storia di allergia al prodotto. Disturbi emorragici, impianti nel derma con prodotti definitivi, farmaci antiaggreganti e anticoagulanti, gravidanza ed allattamento, malattie dermatologiche autoimmunitarie.

**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE MEDIANTE INOCULAZIONE DI ACIDO
IALURONICO - FILLER**

Nome e Cognome Paziente _____

Nato/a a: _____ in data _____

Indirizzo: _____ Telefono _____

Dichiaro di avere ricevuto adeguata informazione dal Dott. Dima Stefan e di aver compreso le modalità, le controindicazioni, i possibili risultati, rischi, effetti collaterali ed eventuali alternative terapeutiche correlati al trattamento proposto di _____

In particolare, sono consapevole del fatto che la terapia potrebbe:

- non essere definitiva, completa, totale, il numero di sedute indeterminato;
- lasciare cicatrici, infezioni, sanguinamento, zone ipo ed ipercromiche, peggiorare i sintomi;
- creare, se pur raramente, chiazze, necrosi, ascessi, granulomi, ipersensibilità, noduli, indurimenti;
- provare, se pur eccezionalmente, trombosi, ischemia, asimmetria del viso.

Dichiaro inoltre di:

- non avere insufficienza respiratoria, renale, epatica, cardiaca, patologie cardiache, diabete, anemia grave, in trattamento con anticoagulanti;
- non essere in stato di gravidanza o di allattamento;
- di aver informato il medico sullo stato di salute, farmaci o situazioni patologiche;
- aver preso visione dell'informativa cartacea relativa al trattamento prescritto, disponibile nella struttura e/o sul sito web www.usi.it ;
- essere consapevole che il trattamento può essere interrotto in qualsiasi momento, su parere del personale sanitario o su mia personale richiesta;
- impegnarmi a rispettare i comportamenti prima e post-trattamento prescritti o indicati dal personale sanitario.

Sono stato inoltre informato che _____ giorni prima, non devo prendere sole (lampade U.V.) per un minimo _____ giorni dopo la fine della terapia.

Liberamente acconsento di essere sottoposto alle tecniche ritenute più idonee ed opportune al mio caso specifico e di rispettare le indicazioni diagnostiche e terapeutiche salvo controindicazioni.

Ciò premesso, ACCONSENTO NON ACCONSENTO al trattamento.

Roma, _____

Firma Paziente (o Genitore/Tutore): _____ Firma Medico _____