

PREPARAZIONE TERAPIA LIPOLITICA

SIGLA: MES5 (terapia lipolitica)

DURATA DEL TRATTAMENTO: 20 minuti

INDICAZIONI: trattamento lipolitico corpo.

MODI DI ESECUZIONE E TRATTAMENTO: punture intra-adipose

LOCALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO: corpo.

INDICAZIONI PRIMA DEL TRATTAMENTO

Il giorno del trattamento la pelle deve essere:

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

E' possibile mettere una crema idratante sul corpo.

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.

INDICAZIONI POST TRATTAMENTO

I pazienti non devono, per almeno due giorni:

- ✓ fare massaggi con creme medicate;
- ✓ evitare ambienti non igienici;
- ✓ eseguire attività fisica e sauna.

I pazienti non devono, per almeno UN MESE:

- ✓ prendere il sole;
- ✓ fare lampade;
- ✓ frequentare ambienti molto caldi.

Per le 3 o 4 ore successive al trattamento è sconsigliato:

- ✓ sdraiarsi,
- ✓ fare movimenti eccessivi.

CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTO LIPOLITICO

Nome e Cognome Paziente _____

Nato/a a: _____ in data _____

Indirizzo: _____ Telefono _____

Dichiaro di avere ricevuto adeguata informazione dal Dott. Dima Stefan 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.

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 _____