

**CONSENSO INFORMATO A SCLEROTERAPIA \ LASERTERAPIA per  
TELEANGECTASIE e depilazione progressiva permanente con Laser Nd-Yag**

LASER NEODIMIO YAG emette luce a 1.064 nanometri, il suo spettro è assorbito benissimo dal nero, ma funziona abbastanza bene sul rosso scuro, blu, e marrone. Utilizzato per la sua caratteristica di agire sul pigmento, per il trattamento di depilazione definitiva. Il raggio infatti raggiunge il pigmento del bulbo pilifero danneggiandolo ed impedendogli quindi di produrre nuovamente peli. Funziona bene anche nei confronti dei capillari del volto, teleangectasie, couperose e per alcuni tipi di capillari delle gambe. Buono anche il risultato sui tatuaggi con pigmento scuro.

Io sottoscritto/a ..... nato/a il .....

accetto di sottopormi al trattamento proposto .

Dichiaro di essere stato informato del significato, modalità, rischi ed effetti collaterali e di aver discusso le alternative possibili al trattamento.

Vengo informato che il trattamento è in parte medico e in parte estetico; per quanto riguarda il significato, anche in termini di risultati, sono stato informato che per la patologia venosa e/o capillare di cui sono affetto, anche in funzione della sua cronicità, il trattamento non influisce sulla comparsa di nuove lesioni nel tempo, ma si ripropone di eliminare quelle esistenti.

Ho informato il Medico di tutti i dati relativi alla mia salute, in particolare su pregresse **allergie, epilessia, problemi tiroidei, possibile gravidanza in atto**. Sono stato informato delle precauzioni da prendere dopo il trattamento ( terapia da seguire, non esposizione solare o raggi U.V.) e dei tempi di raggiungimento dei risultati (per es. che i capillari non scompaiono in 24 ore e in una sola seduta).

Ho discusso i rischi e gli effetti collaterali, anche in termini percentuali e in relazione alla mia particolare situazione clinica.

Mi sono stati presentati i rischi:

- reazioni allergiche, anche gravi (/1/10.000), ecchimosi, infezioni, ipo- iperpigmentazioni, comparsa di lesioni secondarie (matting), escare necrotiche... (3.0 %), che potrebbero invalidare i risultati esitando in postumi cicatriziali permanenti o semipermanenti (0.2 %).

Il trattamento può essere interrotto in qualsiasi momento a richiesta del Medico o del Paziente.

Con la presente dichiaro di essere stato informato in maniera esauriente, con termini a me comprensibili, e di aver chiarito gli eventuali punti oscuri.

Autorizzo la ripresa e l'archiviazione di foto e filmati del trattamento a fini medico legali e scientifici  
SI NO

Data e Luogo.....

Il Medico .....

Il Paziente .....