



**Dott. Leonardo Michele Ioppolo**

**Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica**

**CONSENSO INFORMATO**

**TRATTAMENTO CON ACIDO IALURONICO INIETTABILE**

**Paziente:** \_\_\_\_\_ **nata a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Il paziente conferma di essere stato informato in data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **dal dott. Leonardo M. Ioppolo che:**

L'acido ialuronico è una sostanza iniettabile utilizzata nei trattamenti estetici del viso e del corpo, quali la correzione delle rughe e dei deficit volumetrici del volto, e per aumento del volume e della definizione delle labbra, per il reshaping della regione glutea. Confermo che il dott. Leonardo M. Ioppolo che esegue trattamenti estetici con acido ialuronico, mi ha fornito informazioni sufficienti per aiutarmi a comprendere l'uso del prodotto conformemente alle indicazioni riportate, ho ricevuto controindicazioni relative al prodotto e ai potenziali effetti collaterali.

**Confermo di essere stata informata che:**

L'acido ialuronico viene iniettato nel derma o a livello subdermico o pre-periosteale per correggere le rughe, le pieghe e i deficit volumetrici del volto o per aumentare il volume del labbro. Dopo il trattamento potrebbero verificarsi reazioni infiammatorie che provocano edema, ed eritema, che possono essere associate a formicolio, prurito o dolore alla palpazione del punto di iniezione.

Molto frequente è la formazione immediata o nelle ore a seguire di ematomi, cioè di raccolte ematiche legate al danneggiamento di vasi sanguigni durante la fase iniettiva. Il riassorbimento di edemi ed ematomi può richiedere anche due settimane.

Sulla zona trattata potrebbero comparire noduli o un indurimento. Sono stati segnalati rari casi di pigmentazione cutanea.

**Il rischio maggiore** in caso di trattamenti con filler iniettabili è l'embolizzazione e la conseguente necrosi dei tessuti del volto.

Dopo il trattamento con acido ialuronico, sono stati descritti in letteratura rari casi di necrosi in regione gabbellare, necrosi delle labbra e rarissimi casi di cecità legata a embolizzazione retrograda attraverso arteria oftalmica.

Raro ma possibile è la comparsa di infezione, di ascessi, granulomi e reazioni di ipersensibilità.

La persistenza delle reazioni infiammatorie devono essere segnalati dal medico e trattati in modo appropriato

Il materiale è riassorbibile e la **durata varia da persona a persona**, e a secondo dall'esposizione al sole o fumo e al grado di attivazione dei muscoli mimici.

A volte una procedura di ritocco dopo 2-3 settimane è consigliabile in particolare nei primi trattamenti, soprattutto in caso di filler su pazienti con labbra molto sottili.

L'entità del risultato (che sarà proporzionato sia alla qualità dei tessuti che alla conformazione e alle condizioni antecedenti all'intervento) potrebbe non essere quello atteso dalla paziente concordato durante le visite precedenti.

**Raccomandazioni:**

Si sconsiglia l'uso di aspirina e altri antinfiammatori non steroidei 1 settimana prima il trattamento.

Nelle ore che seguono il trattamento evitare l'uso di alcool, esporsi al sole a lampade solari e fumo.

Non manipolare eccessivamente la zona trattata se non espressamente indicato dal dott. Ioppolo

Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato.

**DICHIARO**

Dichiaro di non aver assunto FANS nei giorni antecedenti al trattamento SI NO

Di non essere allergico a farmaci e/o anestetici SI NO

Di non aver mai effettuato trattamenti con filler non riassorbibili SI NO

Dichiaro di non essere in gravidanza SI NO

Dichiaro aver ricevuto dal Medico, ampie, complete ed esaurienti spiegazioni su quanto sintetizzato all'interno di questa informativa, e di non avere altri quesiti o dubbi relativi al trattamento oggetto di questo modello di consenso (del quale posso richiederne copia), avendo quindi compreso tutti gli elementi per ponderare una scelta libera e consapevole relativa alla scelta dello stesso.

DATA \_\_\_\_\_ Firma Del Chirurgo: Dr. Leonardo M. Ioppolo      FIRMA DEL PAZIENTE:.....

## MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO

### RELATIVA AL TRATTAMENTO DI DERMAL FILLER e IPODERMAL FILLER NON PERMANENTI

Nel rapporto tra medico e paziente è necessario ed eticamente corretto che quest'ultimo assuma un ruolo consapevole e partecipativo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si vorrà sottoporre come previsto anche dagli articoli 33,34,35,36 e 37 del Codice di Deontologia Medica. Per questo motivo il paziente viene informato in modo comprensibile sulla sua problematica e/o patologia, vengono illustrati i possibili trattamenti e la motivazione della scelta di quello/i che si ritiene/ritengono essere il/i più idoneo/i per raggiungere l'esito clinico atteso.

E' importante pertanto che le spiegazioni qui sintetizzate e ampiamente illustrate dal medico siano state ben comprese e ritenute esaurienti dal paziente.

A tal fine io sottoscritto/a ..... nato/a il ..... a .....

#### DICHIARO

di essere stato adeguatamente informato sul protocollo terapeutico, sulla relativa situazione clinica connessa diagnosi, sulle possibilità terapeutiche, i benefici, i limiti, le alternative, gli eventuali effetti collaterali, le indicazioni e procedure che dovrò seguire pre e post trattamento per il raggiungimento del risultato auspicabile, al fine di consentirmi una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

#### CONFERMO

di aver ben compreso, e ritenuto esaurienti le informazioni ricevute dal medico in vista del trattamento al quale ho deciso di sottopormi, ed in particolare sono consapevole di essere stato edotto sulla mia situazione clinica e sulla relativa diagnosi, sulle possibilità terapeutiche, i benefici, i limiti, le alternative, gli eventuali effetti collaterali, le complicanze e gli esiti, le indicazioni e procedure pre e post trattamento, nonché sulla periodicità e ripetitività dello stesso ed in **particolar modo di aver perfettamente compreso quanto sotto riportato a sintesi dell'esposizione del medico.**

#### INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO EFFETTI

##### COLLATERALI

La via di somministrazione ed il prodotto scelto possono suscitare reazioni locali che si manifestano con eritema (rossore), edema (rigonfiamenti), ed anche con effetti legati al traumatismo indotto dall'ago con conseguenti ematomi (stravasi di sangue), che spesso si risolvono nello spazio di poche ore o qualche giorno con o senza opportuna terapia medica. Raramente si possono avere reazioni allergiche, infezioni, formazioni granulomatose persistenti anche per lunghi periodi, ma che in genere sono risolvibili. In letteratura sono peraltro segnalati alcuni danni permanenti (necrosi cutanee, canalizzazioni anomale del prodotto in arterie terminali con embolia e conseguenze gravi come la cecità). Nel trattamento dell'area gabbellare (tra le sopracciglia), si può verificare una escara (crosta) con necrosi della zona per compressione vascolare procurata dall'impianto. Pertanto ho compreso che il trattamento con filler può essere gravato eccezionalmente da complicanze, che in circostanze molto rare potrebbero creare danni non facilmente risolvibili o addirittura permanenti.

Sono stato posto a conoscenza che nei giorni successivi al trattamento potrò avere ematomi, arrossamenti, edema che si attenuano fino a scomparire in un periodo che va dai 3 ai 10 giorni, questi effetti potrebbero essere più accentuati o durare per un periodo maggiore di quanto sopra esposto.

Mi impegno a contattare il medico ed ad effettuare una eventuale visita medica per eventuali effetti collaterali prolungati o per problematiche relative all'esito estetico del trattamento.

#### PROCEDURE ALTERNATIVE E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Mi sono state segnalate le procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi, i rischi e i benefici e sono conscio di averli ben compresi, e di optare per questo trattamento.

Sono consapevole che la qualità degli esiti non è valutabile a priori, e che non mi sono state fornite garanzie precise circa il risultato che otterrò con questo trattamento, in quanto la risposta e le condizioni individuali possono essere essenziali nel determinarne l'esito del trattamento.

Letto quanto sopra, ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti, avendo avuto modo di valutare rischi e benefici del trattamento oggetto dell'informativa ricevuta,

#### ACCONSENTO

al Dr ..... di effettuare la procedura medica di FILLER DERMICO O SOTTOCUTANEO

e specificamente: .....

Le zone da trattare, concordate tra me ed il medico, sono le seguenti: .....

dichiaro di:  aver palesato senza riserve il mio stato di salute, onde permettere al medico di valutare eventuali contro-indicazioni o incidenze specifiche di complicanze e effetti collaterali

essere allergico ai seguenti principi attivi/  
farmaci/molecole.....

non essere allergico/a

Di non essersi mai sottoposta ad infiltrazioni permanenti

Certifico di essere maggiorenne o, in caso di minor età o di soggetto a tutela, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmerà unitamente a me il presente modulo dopo avere ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Firma del Paziente o del Genitore o Tutore in caso di minorenni o soggetto a tutela per la concessione del consenso .....

#### NORMATIVA PRIVACY (TUTELA DEI DATI PERSONALI)

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03 e s.m. e i., in materia di tutela dei dati sensibili, fornisco il mio consenso affinché il medico possa acquisire le mie informazioni personali e cliniche, le immagini documentali della mia persona, prima, durante e dopo il trattamento, comprendendo la necessità da parte dello stesso di documentare il suo operato allo scopo di poter disporre di un riscontro obiettivo della situazione pre e post trattamento, anche a distanza di tempo.

A tal proposito, consapevole che sarà garantito il mio totale anonimato e l'assoluta non identificazione della mia persona,  **Accenso**  **Non accenso** all'utilizzo delle suddette immagini per scopi didattico-scientifici.

Firma del Paziente o del Genitore o Tutore in caso di minorenni o soggetto a tutela per il consenso privacy .....

Luogo e data .....

Firma del Medico che ha raccolto il consenso e fornito le informazioni .....