



### FINALITÀ DELL'INTERVENTO

Lo scopo del seguente modulo di consenso è di fornire al paziente, in aggiunta al colloquio con il medico, le informazioni riguardanti le caratteristiche ed i rischi connessi con il trattamento con laser CO2.

La preghiamo pertanto di leggere attentamente quanto segue, di discutere con il medico la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e quindi di firmare questo documento come conferma di avere ben compreso le informazioni ricevute.

### CONTROINDICAZIONI ED EFFETTI COLLATERALI

Le principali controindicazione al trattamento sono:

- Herpes Simplex attivo
- Pregressa radioterapia
- Trattamento con isotretinoina
- Diatesi fibroblastica (anamnesi positiva per cicatrici ipertrofiche o cheloidi)
- Chemioterapia
- Malattie autoimmunitarie
- Fototipi elevati (IV-VI Fitzpatrick pelli scure)

Pazienti sofferenti di herpes cutaneo o labiale recidivante dovranno, a scopo profilattico, assumere per via orale nei giorni precedenti l'intervento compresse di Acyclovir, soprattutto se l'intervento coinvolgerà la zona periorale.

### PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

Prima dell'intervento dovranno essere consegnati assieme al presente documento, firmato, i referti delle analisi e degli esami pre-operatori eventualmente prescritti.

E' assolutamente controindicato l'uso di lampade abbronzanti o l'esposizione solare almeno 30 giorni prima, durante tutta la fase del trattamento laser e per almeno 30 giorni dopo l'ultima seduta laser. L'uso di farmaci (es. acido acetil salicilico e derivati) è sconsigliabile nella settimana che precede e che fa seguito al trattamento.

Il giorno dell'intervento è opportuno non eseguire il make-up dell'area da trattare e rimuovere totalmente e delicatamente il trucco la sera precedente. È opportuna la presenza di un accompagnatore per il rientro a domicilio dopo il trattamento.

### ANESTESIA

L'intervento può essere eseguito in anestesia locale topica, in anestesia locale con sedazione o in anestesia generale se il trattamento viene associato ad interventi chirurgici.

### TRATTAMENTO

Il trattamento viene eseguito in genere in ambulatorio. Nonostante l'utilizzo di anestesia topica potrebbe essere percepito del fastidio in alcuni momenti del trattamento, in genere ben sopportato dalle pazienti. Il laser CO2 emette radiazioni nella banda degli infrarossi che distruggono le cellule per vaporizzazione del contenuto acquoso, e quindi il ridotto danno termico e la diminuzione del sanguinamento lo rendono indicato per le molte procedure chirurgiche dove alla contenuta risposta infiammatoria corrisponde una migliore cicatrizzazione.



**Dott. Leonardo Michele Ioppolo**  
**Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica**  
Modulo informativo e consenso informato;  
Intervento: trattamento laser CO2

#### DECORSO POST-OPERATORIO

Dopo la procedura la pelle resta potrebbe rimanere arrossata per un periodo variabile da poche settimane ad alcuni mesi, a seconda del tipo di trattamento effettuato; in questo periodo è necessario fare uso di make-up coprenti a schermo UVA totale ed evitare il più possibile di esporsi al sole.

Nei 2-3 giorni successivi il trattamento, sarà presente gonfiore per alcuni giorni specie nelle aree delicate come in particolare gli occhi e crosticine brune difficilmente truccabili e sarà opportuno evitare l'esposizione a temperature troppo calde o troppo fredde

Dopo la guarigione, il medico prescriverà creme idratanti, un make-up coprente, un filtro solare e l'astensione assoluta dall'esposizione ai raggi UVA.

Nei giorni successivi al trattamento applicare creme antibiotiche (es. Gentamicina) e creme ad azione lenitiva. Si suggerisce l'uso di schermi solari ad alta protezione soprattutto in zone foto esposte, per almeno 30 gg dopo il trattamento laser.

Il dolore post-intervento (più spesso sotto forma di bruciore) è solitamente ben controllabile dai comuni analgesici. In caso di dolore persistente o particolarmente intenso o di cali della vista improvvisi è importante informarne immediatamente il Chirurgo.

#### PRECAUZIONI

Nel caso sia prevedibile un'esposizione solare diretta è assolutamente raccomandata una protezione solare elevata (50+) per tutto il periodo in cui le cicatrici rimarranno iperemiche (arrossate). Fondotinta e trucco potranno essere utilizzati dopo  
L'attività lavorativa può essere ripresa anche precocemente, secondo la tipologia di lavoro e delle necessità di socializzazione.

Per circa due settimane dovrà essere evitata l'attività sportiva al fine di evitare gli sbalzi di pressione con il conseguente rischio di sanguinamento o formazione di ematomi. Sedute di massaggio dolce e di linfodrenaggio palpebrale potranno essere fatte dopo alcuni giorni, secondo le indicazioni del Chirurgo, per favorire un più rapido smaltimento degli edemi (gonfiore).

#### POSSIBILI COMPLICAZIONI

Come ogni altra terapia medica o chirurgica, potrebbe generare complicazioni che, seppure poco frequenti, debbono essere conosciute:

Tra i più comuni si ricorda un transitorio eritema (arrossamento), dolorabilità, prurito ed edema (gonfiore), la comparsa di piccoli ematomi (lividi) e di crosticine. Esiste poi la possibilità che nell'area trattata residui una piccola cicatrice e/o ipopigmentazione o iperpigmentazione.

- **Discromie:** la pelle potrebbe assumere un colorito più scuro o meno intenso (iperpigmentazioni, ipopigmentazioni).

- **Cicatrici:** anche se molto raramente, la pelle può guarire con aspetto cicatriziale.

Cicatrice ipertrofica con formazione di cheloidi (ipopigmentazione o iperpigmentazione della cicatrice (cicatrice più chiara o più scura)



**Dott. Leonardo Michele Ioppolo**  
**Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica**  
Modulo informativo e consenso informato;  
Intervento: trattamento laser CO2

- Arrossamento: è normale che l'area trattata assuma un aspetto rosato o decisamente rossastro, a seconda della profondità del trattamento. Con il trattamento laser generalmente tale colorito persiste per alcuni mesi

## RISULTATI

Come già chiarito durante la visita si tratta di un atto medico che risente di numerosi fattori biologici (processi di cicatrizzazione), non può essere quindi precisamente pronosticata la percentuale di miglioramento del difetto da correggere e l'entità e la durata del risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di complicazioni, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche e dai materiali impiegati, ma ancor più dalle risposte dell'organismo. Di conseguenza, pur rispettando le regole della Chirurgia Plastica, l'intervento potrebbe non determinare il conseguimento degli obiettivi e del risultato auspicato e quindi non può essere assicurato o garantito.

## CONSIDERAZIONI SPECIFICHE PER LO XANTELASMA

L'intervento di ASPORTAZIONE DEGLI XANTELASMI consiste nell'exeresi chirurgica o con LASER o con radiofrequenza o con arco voltaico del tessuto accumulatosi nel sottocute delle palpebre superiori e/o inferiori.

non vi saranno punti di sutura, la ferita cicatrizzerà dopo alcuni giorni e la cute che ricoprirà la ferita, in alcuni casi, potrà essere di colore leggermente diverso dalla cute circostante.

Un edema delle palpebre e dolore sono da considerarsi normali per i primi giorni che seguono l'operazione. Normalmente vengono prescritte pomate antibiotiche e/o antinfiammatorie e/o vasellina bianca. I risultati definitivi vengono valutati dopo alcuni mesi e dipendono dal tipo di cute del paziente, dal tipo di cicatrizzazione di ognuno e dalla sede degli xantelasma. Nel caso in cui gli xantelasma siano localizzati nella zona mediale della palpebra e vicini al canto interno è possibile la formazione di una piega cutanea (epicanto). La recidiva può intervenire anche se l'asportazione è stata completa e, nel caso in cui siano associati ad una ipercolesterolemia, è fondamentale trattare quest'ultima.

Complicanze specifiche trattamento laser dello xantelasma (da aggiungere a quelle aspecifiche)

- Formazione di piega epicantale
- Infezione
- Ectropion della palpebra (eversione del bordo palpebrale)
- Ptosi (abbassamento della palpebra superiore)



**Dott. Leonardo Michele Ioppolo**  
**Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica**  
Modulo informativo e consenso informato;  
Intervento: trattamento laser CO2

CONSENSO INFORMATO A INTERVENTO DI LASER CO2 – LASER CO2 FRAZIONATO

Io sottoscritto/a: nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a : \_\_\_\_\_ in via : \_\_\_\_\_

DICHIARO di aver letto il protocollo di consenso informato unito alla presente scheda.  
L'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo (DOTT. IOPPOLO) e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

In particolare so che:

Dopo l'intervento si manifestano edemi ed ecchimosi, destinati a scomparire in circa 10-20 giorni.  
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.

**Ad alto rischio di complicanze, come una brutta cicatrizzazione, e l'infezione delle aree trattate, sono i pazienti fumatori, diabetici, con alterazioni vascolari e tutte quelle patologie che possono compromettere l'intervento e l'esito finale.**

Il/La sottoscritto/a è stato/a inoltre informato/a in modo chiaro e comprensibile circa tutti i rischi generici e specifici, anche se marginali, riguardanti sia la preparazione che l'esecuzione dell'intervento.

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito alle zone trattate moderato dolore, che si attenuerà in un periodo variabile di pochi giorni fino a scomparire completamente a qualche settimana dall'intervento. Raramente residuano parestesie prolungate.

**AUTORIZZO**

Il dr. Leonardo Ioppolo ed i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento di:

Trattamento LASER CO2 PER IL TRATTAMENTO DI :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ABLATIVO  
 FRAZIONATO

L'intervento richiederà un'anestesia

- TOPICA  LOCALE  LOCALE CON SEDAZIONE  GENERALE

Acconsento espressamente a sottopormi ad anestesia infiltrativa intradermica o sottocutanea nel caso fosse ritenuto necessario al fine di ridurre la dolorabilità del trattamento e sono consapevole degli eventuali rischi o effetti collaterali legati a tali farmaci. Affermo di non avere avuto in passato reazioni allergiche legate all'uso di anestetici locali.

Firma paziente: \_\_\_\_\_



**Dott. Leonardo Michele Ioppolo**  
**Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica**  
Modulo informativo e consenso informato;  
Intervento: trattamento laser CO2

**AUTORIZZO**

Il dr. Leonardo M. Ioppolo e i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo post-operatorio.

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere e l'entità e la durata del risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi e sieromi, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo. Tali complicazioni possono essere trattate e a tal fine acconsento a sottopormi alle cure del caso, eventualmente anche chirurgiche.

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.

Sono consapevole che in caso di complicazioni o effetti collaterali o risultati poco soddisfacenti conseguenti all'intervento dovrò informarne con sollecitudine il Dott. Leonardo Ioppolo (tel. 3492899140) che metterà in atto un tempestivo e adeguato trattamento secondo le buone regole della Medicina. Qualora non informassi il Dott. Leonardo Ioppolo sono consapevole che egli si riterrà sollevato da ogni responsabilità sull'evoluzione del mio caso e non si riterrà responsabile di correzioni o consigli forniti da altri Colleghi.

DATA DEL CONSENSO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CHIRURGO CHE ACQUISISCE IL CONSENSO  
Dr. Leonardo M. Ioppolo  
Omceo ME9526



**Dott. Leonardo Michele Ioppolo**  
**Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica**  
Modulo informativo e consenso informato;  
Intervento: trattamento laser CO2

## **Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili delle mie immagini e rinuncia ai diritti di immagine ed ai relativi compensi**

La legge stabilisce che la persona abbia diritto a ricevere le informazioni circa la finalità e la modalità di trattamento dei suoi dati personali e che l'interessato presti il proprio consenso espresso per iscritto. Il trattamento dei dati, per i quali viene chiesto il consenso, si rende necessario per assolvere agli obblighi di legge e per le seguenti finalità:

- **inserimento dei dati su supporto informatico e cartaceo da parte del Dottor Leonardo Michele Ioppolo per la gestione dell'archivio**
- **utilizzo dei dati, ivi comprese le immagini, per le finalità professionali del Dottor Leonardo Michele Ioppolo e per le attività e servizi da esso svolti**

Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Dott. Leonardo Michele Ioppolo.

### **Titolare del trattamento**

Il titolare del trattamento è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo, residente a Messina in via Consolare valeria n.50

### **Responsabile della protezione dei dati (DPD)**

Il Responsabile della protezione dei dati (DPD) è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo  
Il Responsabile del trattamento è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo.

### **Finalità del trattamento**

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge e per l'informazione integrale sui servizi medico chirurgico offerti e per l'espletamento del progetto di riproduzione, elaborazione, trasformazione, e duplicazione dell'immagine del sottoscritto, in qualunque formato e con qualunque mezzo, per l'attivazione del servizio informativo tramite web e opuscoli cartacei.

### **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

### **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

### **Trasferimento dei dati personali**

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

### **Categorie particolari di dati personali**

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

### **Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione**

La dott.ssa Leonardo Michele Ioppolo non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

### **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo e-mail [leonardoiooppolo@gmail.com](mailto:leonardoiooppolo@gmail.com) o tramite servizio postale presso l'indirizzo della sede legale.

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

### **DICHIARO**

Di conoscere: il nominativo e la sede del titolare del trattamento, nonché l'identità del responsabile; i diritti di cui all'art. 13; le modalità del trattamento cui sono destinati i dati; i dati il cui conferimento ha natura obbligatoria, i dati il cui conferimento ha natura facoltativa, e le conseguenze di un eventuale rifiuto; i soggetti ai quali i dati possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei medesimi; le finalità del trattamento, comprese quelle di promozione ed informazione commerciale.

6/7

Firma paziente: \_\_\_\_\_



**Dott. Leonardo Michele Ioppolo**  
**Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica**  
**Modulo informativo e consenso informato;**  
**Intervento: trattamento laser CO2**

Per espressa ricevuta dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e per l'attestazione di averne ben compreso il contenuto e di aver avuto modo e tempo di porre ogni quesito al Dottor Leonardo Michele Ioppolo circa il trattamento e la conservazione dei miei dati, anche sensibili, e dei miei relativi diritti.

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali A enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

#### **Diritti d'immagine**

Io sottoscritto mi impegno sin d'ora a non sollevare eccezioni contro la pubblicazione di fotografie, riprese o riproduzioni grafiche sia digitali che cartacee, in seno a siti internet, manifestazioni organizzate dal Dottor Leonardo Michele Ioppolo o da suoi partner promo-pubblicitari. L'utilizzo della mia immagine a trasmissioni, manifestazioni, pubblicazione di articoli, interviste, fotografie, riprese video, riproduzioni di qualsivoglia genere, inserimento in canali web non darà diritto ad alcun compenso.

Il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è autorizzato ad utilizzare le mie fotografie per gli scopi che riterrà più opportuni nell'ambito della propria attività professionale:

- che il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è libero di utilizzare, in qualunque forma e modo, in Italia e all'estero, le mie immagini, sia in forma digitale che mediante qualsivoglia riproduzione senza limitazioni di vincolo, per tutti i fini, anche se solo connessi all'attività svolta.
- che il materiale fornito potrà essere inserito nei canali web di titolarità del Dottor Leonardo Michele Ioppolo e in ogni supporto cartaceo, quali opuscoli, rivista ecc.
- che il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è libero di effettuare elaborazioni, trasformazioni, e duplicazioni delle mie immagini, in qualunque formato e con qualunque mezzo;
- che per le elaborazioni, trasformazioni, e duplicazioni delle mie immagini e della sua prestazione, in qualunque formato e con qualunque mezzo, che sarà comunque facoltà del Dottor

Leonardo Michele Ioppolo utilizzare, e per tutto quanto fin qui convenuto, nonché per quanto eventualmente spettante in virtù delle disposizioni in materia di diritto d'autore, in vigore tempo per tempo, rinuncia alla corresponsione di qualsivoglia compenso e/o rimborso spese.

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_