

**Modulo di consenso informato per la DIATERMOCOAGULAZIONE**

Il sottoscritto,

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Cod.fisc. \_\_\_\_\_ Tel.ab \_\_\_\_\_ Tel.Uff \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Tipo documento \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ numero documento \_\_\_\_\_

Dichiara

In vista dell' atto medico terapeutico sopra indicato conferma di essere stato/a esaurientemente informato/a sulla natura e sugli effetti conosciuti dell' intervento medico richiesto e di seguito descritto.

Il consenso è personale e non delegabile ai familiari (se non per minori osoggetti a tutela).

La dia termocoagulazione consiste nella rimozione di piccole verruche, fibromi penduli, nei ed altre piccole neoformazioni cutanee mediante un bisturi elettrico che taglia, coagula e sterilizza nello stesso tempo.

E' possibile la formazione di piccoli ematomi passeggeri.

Nella maggioranza dei casi non sono necessari antibiotici. La guarigione avviene nell'arco di 10-15 giorni.

Bisogna disinfettare la ferita tutti i giorni secondo le indicazioni del medico. Non bisogna stappare la Crosta che si formerà ma attendere che si stacchi da sola. Nella maggioranza dei casi viene prima eseguita una anestesia locale che azzera il dolore.

Dichiaro di non essere in gravidanza.

Dichiaro comunque di essere allergica alle seguenti sostanze:.....

.....  
E di aver già eseguito le seguenti terapie estetiche:

.....  
Autorizzo la gestione dei miei dati anche per uso medico e scientifico e per pubblicazioni scientifiche.

Anche se i risultati sono solitamente buoni, ho capito che non si può prevedere l'entità del risultato, e che potrebbero essere necessarie più sedute di ritocco.

E' possibile che una piccola cicatrice, a volte ipertrofica (cheloide) anche se l'intervanto è eseguito con la massima attenzione, perizia e prudenza.

Le procedure ed i mezzi utilizzati sono quelli che allo stato attuale vengono riconosciuti i più idonei da un punto di vista medico-scientifico.

Esame istologico eseguito: Sì= No= Se sì quando? Il.....

Ho letto il consenso informato col medico e mi ha spiegato ogni aspetto della tecnica e dei trattamenti previsti per me, ha risposto esaurientemente alle mie domande ed ha risolto ogni mio dubbio. Ritengo il colloquio esaustivo e chiaro. Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_ FIRMA del medico \_\_\_\_\_