

Informazioni – Consenso informato

Materiale utilizzato

Le iniezioni verranno eseguite con un materiale biorassorbibile a base di Acido ialuronico lineare o cross-linkato Rheolyse®.

Quest'ultimo è trattato chimicamente, in modo tale da aumentarne la sua permanenza nei tessuti e quindi l'effetto della correzione. Tale sostanza viene utilizzata ormai da anni, nelle diverse formulazioni, per la correzione delle rughe o per il ripristino dei volumi del viso.

Inoltre viene utilizzata anche in varie sedi del corpo per eliminare o ridurre depressioni cutanee di vario genere. L'acido ialuronico provoca un temporaneo riempimento dell'area trattata che perdurerà mediamente per circa 2-4 settimane per i prodotti lineari e 4-6 mesi per i prodotti cross-linking. La permanenza aumenta all'aumentare del grado del cross-linking.

Tecnica di trattamento

Consiste nell'iniettare, attraverso l'ausilio di aghi o di micro cannule, quantità diverse del prodotto a diversi livelli della cute (dermico, sottocutaneo, sopramuscolare o sovraperiosteale) in modo da determinare un riempimento delle rughe e/o un ripristino dei volumi.

Alternative all'utilizzo dell'acido ialuronico filler

Attualmente l'acido ialuronico filler rappresenta la sostanza più naturale da utilizzare a tale scopo. Esistono altre sostanze a base di Acrilati o ammidi ma non riassorbibili e quindi determinanti un effetto permanente. Tali sostanze possono però provocare importanti effetti collaterali quali principalmente infezioni.

Benefici derivanti

Le rughe e i volumi ben rispondono al trattamento, l'effetto riempitivo è praticamente immediato. La sua durata subisce molto l'influenza soggettiva legata alla reattività verso il prodotto, a patologie cutanee ed allo stile di vita quale fumo, sole, stress e mimica facciale.

Potenziali rischi derivanti

Sintomi generali : non sono state riportate fino ad oggi in letteratura complicanze generali per l'utilizzo dell'acido ialuronico filler

Sintomi locali : bruciore, rossore, ematoma (per rottura di vasi capillari durante l'iniezione), indurimento dell' impianto e della zona trattata, superficializzazione con effetto cordoncino e visibilità grigia-traslucida.

Seppur raramente possono subentrare fenomeni infettivi o reazioni infiammatorie

Inoltre in seguito a possibili iniezioni intra-arteriose, specie in alcune aree del viso quali glabella, temporale, nasale, si può indurre una ischemia cutanea con successiva necrosi superficiale.

Comportamenti da seguire per evitare complicazioni successive all'atto medico

Importante non applicare make-up subito dopo il trattamento. Non esporsi al sole o a lampade almeno nei primi giorni dopo la seduta.

Consenso informato

* Sono stata/o minuziosamente e completamente informata/o sugli obiettivi del trattamento, sul prodotto che a tale scopo verrà utilizzato ed in merito a possibili alternative esistenti. Inoltre sono consapevole del fatto che i risultati sono temporanei e comunque soggettivamente variabili.

* Nessuna garanzia circa il risultato finale mi è stata fornita, in quanto la medicina e la chirurgia non sono una scienza esatta e nessun medico chirurgo dotato di correttezza professionale può garantire i risultati e che quindi l'esito di questa procedura possa non tenere fede totalmente alle mie aspettative.

* Sono a conoscenza che le due metà del corpo umano, la destra e sinistra, compreso il viso, non sono mai esattamente uguali, né mai possono essere fatte tali, pertanto asimmetrie e/o imperfezioni nei risultati possono verificarsi frequentemente anche in questa procedura.

* Per quanto sia una evenienza rara, possono subentrare fenomeni infettivi o reazioni infiammatorie, il tutto anche se l'intervento è stato correttamente eseguito.

* Sono consapevole che per il buon esito della procedura sia mia responsabilità venire alle visite di controllo.

* Acconsento alla eventuale somministrazione di anestetici locali necessari all'esecuzione dell'impianto in questione.

* Confermo di aver informato il medico di ogni mia patologia o condizione passata e presente e di ogni trattamento farmacologico precedentemente effettuato e affermo che le informazioni date sono veritiere.

* Confermo di aver informato il medico al ogni trattamento estetico effettuato in passato in generale e sull'area da trattare

Il/la sottoscritto/a dopo aver attentamente letto la Scheda Informativa e aver ricevuto le informazioni verbali,

autorizzo il Dott. _____ ad eseguire su di me infiltrazioni di Acido ialuronico per trattamenti estetico-correttivi sulle varie regioni del volto e/o del corpo che a discrezione del medico necessitano.

Tale consenso informato e l'autorizzazione data sarà valida anche per i trattamenti che eventualmente verranno eseguiti, con lo stesso prodotto illustrato, in sessioni successive.

Firma del paziente

Data _____

Io sottoscritto Dott. _____ confermo di aver illustrato in dettaglio, la natura, lo scopo e i possibili rischi della tecnica in oggetto al paziente sopra indicato, che ha dato il proprio consenso a sottoporsi al trattamento.

Firma del Medico

Data _____