

Dr. Alessio Redaelli

Via Di Vittorio 24 20070 DRESANO

Modulo di consenso informato per la Mesoterapia

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ di anni \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

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 o soggetti a tutela).

La mesoterapia consiste nella iniezione intradermica, tramite aghi sottilissimi, di sostanze lipolitiche (che sciolgono il tessuto adiposo), di farmaci vasoattivi ( che proteggono i vasi sanguigni), antiedemigeni e antiinfiammatori (contro il gonfiore ed il dolore) a seconda del disturbo.

Le è stato spiegato che tale terapia è sicura tuttavia, come per ogni intervento medico, non può essere considerata esente da complicanze che talora possono verificarsi (allergie, ematomi, lividi, ponfi) anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza ( uso di materiale assolutamente a perdere e di farmaci ad uso endovenoso e/o intramuscolare acquistabili in ogni farmacia).

Tra questi eventuali effetti collaterali, la reazione allergica , come per ogni terapia farmacologica, è quella più temibile in quanto (anche se molto raramente) può essere di grave entità .

Per ridurre al minimo tale rischio, mi è stato domandato di riferire il nome di eventuali farmaci a cui so di essere allergica.

La mia risposta è stata:

\_\_\_\_\_

Inoltre dichiaro di aver già eseguito le seguenti terapie estetiche:

\_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di non essere in gravidanza.

Anche se i risultati sono solitamente assai buoni, ho capito che non si può prevedere l'entità del risultato, e che saranno necessarie più sedute. Inoltre so che i risultati non saranno definitivi ma andranno ripetuti nel tempo. Ho capito anche che è molto utile l'associazione con la dieta e la ginnastica.

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

Autorizzo la gestione dei miei dati per uso esclusivamente medico e scientifico.

.....  
.....

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

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del paziente**

**Firma del medico**