

SANITAS FRIULI S.r.l.	Nome Documento: MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'INTERVENTO CON APPARECCHIATURA LASER	Codice Documento: MO.02 DERM
	File di Archivio: MO.02.DERM Consenso informato INTERVENTO CON APPARECCHIATURA LASER.docx	REV_03 OTTOBRE 2021

Gemona del Friuli, li.....

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

DICHIARO

di aver letto il protocollo di consenso informato unito alla presente scheda e di aver avuto il tempo necessario per riflettere .

Firma e timbro del medico che ha fornito le informazioni _____

Inoltre, l'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

In particolare so che:

- Dopo l'intervento si manifesta gonfiore e croste della zona trattata, destinati a scomparire in circa 10 giorni.
- All'intervento residuerà necessariamente un arrossamento, che durerà da uno a tre mesi..
- Non mi dovrò esporre a raggi Uva finchè il rossore non sarà completamente scomparso.
- Le più frequenti complicazioni di questo intervento sono le discromie, per cui: la pelle potrebbe assumere un colorito più scuro o meno intenso (iperpigmentazioni, ipopigmentazioni); le cicatrici, anche se molto rare;
- Le infezioni dopo questo tipo di intervento sono rarissime, spesso di natura erpetica, e possono essere risolte con una terapia adeguata.

AUTORIZZO

Il dr _____ ed i suoi collaboratori

ad eseguire su di me l'intervento di: _____

So che dovrò essere sottoposto/a ad anestesia _____

AUTORIZZO

Il dr./prof _____

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 programmato a priori l'esatto risultato, così come la qualità delle cicatrici residue, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo.

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

SI. NO

Sono a conoscenza che il presente consenso può essere revocato in qualsiasi momento.

Firma del paziente _____

Firma dell'esercente la patria potestà in caso di minore _____

Firma del tutore legale nel caso di paziente interdetto non in grado di intendere e di volere _____

Firma del minorenne consapevole _____