

SANITAS FRIULI S.r.l.	Nome Documento: CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTO DI PEELING CHIMICO	Codice Documento: MO.04 DERM
	<i>File di Archivio:</i> MO.04.DERM Consenso Informato trattamento di peeling_chimico.docx	REV_03 OTTOBRE 2021

MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO RELATIVO AL TRATTAMENTO CON PEELING CHIMICO

Nel rapporto tra medico e paziente è necessario ed eticamente corretto che quest'ultimo assuma un ruolo consapevole e partecipativo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si vorrà sottoporre come previsto anche dagli articoli 33,34,35,36 e 37 del Codice di Deontologia Medica. Per questo motivo il paziente viene informato in modo comprensibile sulla sua problematica e/o patologia, vengono illustrati i possibili trattamenti e la motivazione della scelta di quello/i che si ritiene/ritengono essere il/i più idoneo/i per raggiungere l'esito clinico atteso.

E' importante pertanto che le spiegazioni sintetizzate nell'informativa al trattamento fornita dal medico e da Lei sottoscritta quale sintesi dell'ampia illustrazione e spiegazione effettuata dal medico siano state ben comprese e ritenute esaurienti dal paziente.

A tal fine io sottoscritto/a nato/a il a

DICHIARO

di essere stato adeguatamente informato sul protocollo terapeutico, sulla relativa situazione clinica connessa diagnosi, sulle possibilità terapeutiche, i benefici, i limiti, le alternative, gli eventuali effetti collaterali, le indicazioni e procedure che dovrò seguire pre e post trattamento per il raggiungimento del risultato auspicabile, al fine di consentirmi una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

CONFERMO

di aver ben compreso, e ritenuto esaurienti le informazioni ricevute dal medico in vista del trattamento di Peeling Chimico al quale ho deciso di sottopormi, ed in particolare sono consapevole di essere stato edotto sulla mia situazione clinica e sulla relativa diagnosi, sulle possibilità terapeutiche, i benefici, i limiti, le alternative, gli eventuali effetti collaterali, le complicanze e gli esiti, le indicazioni e procedure pre e post trattamento, nonché sulla periodicità e ripetitività dello stesso, consapevole dell'importanza di aver palesato senza riserve il mio stato di salute, eventuali allergie, sensibilità ad eccipienti, farmaci assunti nel periodo recente od in corso di assunzione, nonché di precedenti terapie o trattamenti medici o di altra natura effettuati nel distretto muscolare e nelle aree adiacenti alla zona di trattamento.

PROCEDURE ALTERNATIVE E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Mi sono state segnalate le eventuali procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi, i rischi e i benefici e sono conscio di averli ben compresi, e di optare per questo trattamento.

Sono consapevole che la qualità dei risultati non è valutabile a priori, e che non mi sono state fornite garanzie precise circa il risultato che otterrò con questo trattamento, in quanto la risposta e le condizioni individuali possono essere essenziali nel determinarne il risultato.

Letto quanto sopra, ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti,

SANITAS FRIULI S.r.l.	Nome Documento: CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTO DI PEELING CHIMICO	Codice Documento: MO.04 DERM
	<i>File di Archivio:</i> MO.04.DERM Consenso Informato trattamento di peeling_chimico.docx	REV_03 OTTOBRE 2021

ACCONSENTO

al Dr di effettuare il trattamento medico mediante
impiego di **PEELING CHIMICO**

per la seguente indicazione/finalità: [] _____ [] _____

Il peeling chimico impiegato sarà a base di: _____ dichiaro nello specifico di essere stato
informato delle specifiche indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali di questo prodotto

Le zone ed i distretti da trattare concordate con tra me ed il medico sono le seguenti: _____

note al trattamento, rischi o complicanze specifiche, relative alla condizione soggettiva del paziente:

.....
...

Dichiaro di: [] aver palesato senza riserve il mio stato di salute, onde permettere al medico di valutare
eventuali contro-indicazioni

[] essere allergico /sensibile alle seguente sostanze o

eccipienti:..... [] non essere allergico/a a farmaci

[] di non essere essere in stato di gravidanza (anche ipotetica o presunta) o in fase di allattamento

Certifico di essere maggiorenne o, in caso di minor età o di soggetto a tutela, i miei genitori o chi esercita la
tutela legale sulla mia persona firmerà unitamente a me il presente modulo dopo avere ricevuto le stesse
informazioni che sono state a me date.

Firma del Paziente per la concessione consapevole e senza riserve del consenso al
trattamento..... (o del Genitore o Tutore in caso di minorenne o soggetto a tutela)