

---

**CONSENSO INFORMATO PER DTC (Diatermocoagulazione)**

Con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone le fornirà ogni informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che abbia ben compreso quanto viene posto alla sua attenzione ed alla sottoscrizione. Pertanto le verranno indicati i benefici, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentire una volontaria e consapevole decisione in merito. Se lo ritiene necessario richieda tutte le ulteriori informazioni che crede utili, per risolvere dubbi o chiarire aspetti che non ha pienamente compreso. Preso atto di quanto sopra richiamato, confermo che il Medico mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che giustificano l'esecuzione, i possibili rischi connessi e le alternative, inoltre di aver preso visione del documento informativo.

Sono al corrente che tale intervento può avere esiti pigmentari, essere doloroso e necessitare di più sedute per ottenere il risultato aspettato. Inoltre sono al corrente che tale procedura può avere rischi o complicanze per cause non inerenti al buon operato del medico e che non ci sono garanzie precise circa il risultato che otterrò. In particolare sono stato avvisato che l'esposizione ai raggi UV nelle quattro settimane successive alla procedura sia da evitare, così come tutte le manovre traumatizzanti (sfregamento della zona trattata, utilizzo di detergenti inadeguati, ecc.) che aumenterebbero il rischio di effetti collaterali. Mi sono anche state segnalate le procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi.

**Consento** al Medico di acquisire immagini cliniche durante e dopo il trattamento, onde avere un riscontro obiettivo della situazione pre-trattamento e dei risultati ottenuti a distanza di tempo, ma tali immagini rimarranno solo all'interno della mia cartella clinica, non usate a scopi scientifici. Durante l'esecuzione della procedura potrebbe essere presente del personale qualificato per necessità clinica.

Io sottoscritto ..... nato il ..... letto quanto sopra **ACCONSENTO** ad essere sottoposto alla procedura di **DIATERMOCOAGULAZIONE** al fine di trattare la patologia.....dalla quale sono affetto.

Data..... Firma .....

---

Parte da compilare con i dati del genitore Cognome e Nome.....  
o di chi esercita la podestà per minori

Grado di Parentela.....Cellulare Genitore.....

Firma.....