

Dottoressa **Cristiana Albertin**

Specialista in Dermatologia e Venereologia

CONSENSO INFORMATO PER CARBOSSITERAPIA

Io sottoscritto/a _____ DN _____ dichiaro di essere stato/a dettagliatamente ed esaurientemente informato/a, a proposito del trattamento di Carbossiterapia dalla Dr.ssa Albertin e di averne compreso scopi e limiti.

Dichiaro inoltre che :

- 1) sono a conoscenza delle modalità di esecuzione ed i possibili effetti collaterali che potrebbero manifestarsi sia durante il trattamento che nei giorni successivi allo stesso (ecchimosi nelle sedi di inoculo, dolore nel punto di inoculo, sensazione di crepitio sottocutaneo che scompare entro la prima ora)
- 2) di non essere affetto da : insufficienza respiratoria grave, insufficienza renale grave, insufficienza cardiaca grave, insufficienza epatica grave, ipertensione grave, anemia grave, aritmie cardiache, trombosi arteriose o tromboflebiti, embolie pregresse, gangrena gassosa, ictus pregresso. Questo perchè tali patologie possono interferire con i meccanismi fisiologici di eliminazione dell'anidride carbonica
- 3) di non essere in gravidanza
- 4) di non essere allergico a farmaci o cosmetici, eccetto
- 5) di non assumere Acetazolamide, Diclofenamide o altri inibitori dell'anidrasi carbonica
- 6) di aver ricevuto sia il foglio informativo , che letto il consenso informato
- 7) autorizzo, anche ai sensi della legge sulla privacy, ad effettuare fotografie, il cui utilizzo avrà finalità di documentazione clinica.
- 8) comunicherò al personale Medico, con cui ho effettuato l'intervento, ogni notizia sul decorso post-trattamento in caso di dubbi o problemi

ACCONSENTO di sottopormi al trattamento di Carbossiterapia

Data
Paziente.....

Firma del

Firma del tutore del minore..... Documento
.....

Firma del Medico.....

Settembre 2020