
CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DI BIOSTIMOLAZIONE

Il trattamento di **Biostimolazione** cutanea consiste nella inoculazione di un preparato naturale nelle seguenti zone: glabella, zigomi, pieghe nasogeniene, angolo inferiore della bocca, zona sottomentoniera, collo e décolleté, al fine di ottenere l'ottimizzazione biologica dello stato della cute nelle zone trattate.

La sostanza iniettata presenta come componenti l'acido ialuronico, amminoacidi precursori del collagene e dell'elastina, glicosamminoglicani e bicarbonato di sodio.

La scelta del trattamento e del tipo di dispositivo medico usato sono stati concordati dopo informazione circa le condizioni pre-trattamento e le varie alternative terapeutiche. La sostanza iniettabile è riassorbibile e l'esito del trattamento sarà dunque temporaneo.

Si seguirà un protocollo deciso di volta in volta assieme e diverso da paziente a paziente onde personalizzare il trattamento in base alle esigenze terapeutiche della persona.

Sul sito dell'iniezione si possono sviluppare delle reazioni, che sono comuni a qualsiasi terapia iniettiva: eritema, edema, dolore, prurito, pigmentazione; tali reazioni sono leggere e moderate e si risolvono in modo spontaneo. Raramente si possono sviluppare reazioni allergiche localizzate con del gonfiore e una infiammazione locale, molto raramente una infezione nel sito di iniezione. In situazioni rarissime si sono avute manifestazioni di durezza della cute iniettata, tali episodi si risolvono normalmente con il passare del tempo.

Nei giorni successivi al trattamento, al fine di favorire l'esito della biostimolazione e di evitare delle complicanze, si devono seguire le indicazioni date dal Medico curante.

Nel Post trattamento si consiglia l'uso di una fotoprotezione.

Ciò premesso, io sottoscritto/a _____ **D.N.** _____
dopo aver letto attentamente il presente documento, sapendo che l'entità del miglioramento, la tollerabilità della sostanza e la sua durata dipendono non solo dalle tecniche impiegate e dal tipo di sostanza, ma ancor più dalle risposte soggettive dell'organismo, espressamente

ACCETTO

il trattamento proposto ed eventuale ciclo continuativo, con la sostanza da iniettare _____
_____ e autorizzo la dott.sa Albertin Cristiana, qualora si rendesse opportuno, a riprendere delle immagini fotografiche digitali del volto pre e post- trattamento, che verranno usate esclusivamente a fini documentali per usi interni allo studio medico.

Data

Firma di accettazione