

## CONSENSO INFORMATO PER CRIOTERAPIA

### DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO DI CRIOTERAPIA:

tramite dispositivo dedicato si applica l'Anidride Carbonica (ghiaccio secco) sulla lesione, per un tempo e per un numero di cicli che può variare in base alla patologia da trattare. Subito dopo il trattamento si può avvertire bruciore che va a ridursi in alcune ore. La parte trattata può apparire eritematosa, edematosa ed essudante fino alla comparsa di una bolla e necessita di medicazione quotidiana.

Mi è stato spiegato che **ESISTONO** alternative a questa procedura medico-chirurgica e cioè:

- curettage chirurgico,
- asportazione chirurgica,
- fotocoagulazione laser.

**e che gli eventuali vantaggi potrebbero essere:** riduzione dei tempi di guarigione

**Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono:** estensione della patologia, trasformazione neoplastica

**Le probabilità di successo del trattamento, in assenza di complicanze, sono:** 80-90%

### I rischi più comuni di questo intervento sono:

- bruciore post-intervento,
- formazione di bolla sierosa o siero-ematica,
- formazione di crosta,
- infezione della ferita

**I possibili esiti cicatriziali dell'intervento chirurgico sono rappresentati da:** area discromica (ipocromica -iperchromica), area cicatriziale atrofica

**In linea generale il periodo necessario per un recupero funzionale è di :** 1-3 settimane

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.

**Consento** alla Dssa Stefania Peruzzo 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. Per ulteriori informazioni utili a risolvere dubbi o chiarire aspetti che non ho pienamente compreso mi rivolgerò alla dottoressa stessa.

Durante l'esecuzione della procedura potrebbe essere presente del personale qualificato per necessità clinica.

Certifico di essere maggiorenne. In caso contrario i miei genitori o chi ne fa le veci, firmerà con me il presente modulo, dopo aver avuto le stesse informazioni che mi sono state date.

Io sottoscritto ..... nato il .....preso atto di quanto sopra letto **ACCONSENTO** ad essere sottoposto alla procedura di **CRIOTERAPIA** al fine di trattare la patologia..... dalla quale sono affetto e prendo atto che il trattamento/intervento, di cui sopra viene eseguito dalla Dssa Stefania Peruzzo, che agisce in libera professione presso i locali dello Studio "Bordin dr.ssa Anna srl" e che quest'ultimo non è responsabile del suo operato.

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