

CONSENSO INFORMATO PER ELETTROTHERAPIA

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 la Dssa Stefania Peruzzo 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 indesiderati e seppur raramente esiti cicatriziali o cheloidi ed essere doloroso. 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 alla Dssa Stefania Peruzzo 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.

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 letto quanto sopra **ACCONSENTO** ad essere sottoposto alla procedura medico-chirurgica denominata **ELETTROTHERAPIA** al fine di trattare la patologia.....di cui 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