

Dr.ssa ILARIA ROMANO
Specialista in Dermatologia

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO CON LASER PER EPILAZIONE

La/il sottoscritta/o

nata/o a..... il.....**CHIEDE** di essere sottoposto a trattamento Laser Gentlelase Alexandrite della Ditta Candela per Epilazione .

Dichiaro di aver chiarito in modo adeguato ed esauriente le caratteristiche del trattamento in questione con la Dr.ssa Ilaria Romano e di aver compreso le tecniche attualmente disponibili per l'effettuazione dell'intervento da me desiderato e tutte le alternative terapeutiche. Mi è stato inoltre spiegato che il beneficio atteso da tale intervento si raggiunge con più sedute, ogni sei otto settimane, oppure alla comparsa della prima ricrescita e che potrebbero in alcuni casi rendersi necessarie ulteriori sedute oltre a quelle previste in sede di prima visita.

Il beneficio ottenuto si può considerare come una depilazione che permane per molto tempo (anni), anche se potrebbe essere utile qualche seduta ogni tanto soprattutto per i peli delle gambe, poiché l'epilazione laser non è definitiva ma permanente nel tempo e dipende dalla zona, dal fototipo, dall'ampiezza dell'area da depilare.

Sono stato messo al corrente che subito dopo il trattamento laser potrei avere la comparsa di rossore(eritema), gonfiore(edema) per qualche ora (dipende dalla zona trattata); molto raramente vescicole o alterazioni della pigmentazione(che potrebbero persistere per alcuni mesi, eccezionalmente in modo definitivo). Per ognuno dei rischi correlati all'intervento di laser mi è stata data spiegazione delle terapie a cui potrei avere necessità di sottopormi (terapia antibiotica topica o sistemica, ecc).

Mi è stata data ampia spiegazione dei comportamenti e precauzioni da tenere dopo il trattamento laser, in particolare della necessità di non esporsi al sole o a raggi UV dopo ogni singola seduta per almeno 4 settimane, come da evitare sono anche tutte le manovre traumatizzanti (sfregamento della zona trattata, utilizzo di detergenti inadeguati, ecc.).

Sono da concordare con il Medico eventuali controlli e la loro frequenza nel tempo.

Da parte mia sono consapevole che il mancato rispetto delle istruzioni avute e dei controlli successivi al trattamento potrebbe compromettere il risultato dell'intervento stesso.

Autorizzo inoltre la Dssa Ilaria Romano di acquisire immagini cliniche allo scopo di poter disporre di un riscontro obiettivo della situazione pre-trattamento , durante l'intervallo delle sedute e a distanza di tempo. Tali fotografie non saranno divulgate o utilizzate a scopo pubblicitario.

Letto quanto sopra e ritenendo di averlo correttamente compreso **ACCONSENTO** ad essere sottoposto al trattamento medico/estetico di Epilazione Laser nella zona concordata con l'operatore

data

Firma del paziente..... Firma del Medico.....

In caso di minore il consenso verrà firmato da un genitore o da chi ne fa le veci

Firma del genitore

Il sottoscritto prende atto che il trattamento/intervento, di cui sopra viene eseguito dalla Dssa Romano Ilaria, 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.

Firma

Maggio 2020