

Consenso informato per iniezioni di biostimolatori (Sculptra/Radiesse)

Consenso informato per iniezioni stimolanti il collagene come acido poli-L-lattico (Sculptra) e idrossiapatite di calcio (Radiesse)

Informazioni del cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo email *

Numero di telefono *

Data di nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli del trattamento

Prodotto *

- ☐ Sculptra (acido poli-L-lattico) ☐ Radiesse (idrossiapatite di calcio)
☐ Radiesse iperdiluitiva (qualità della pelle) ☐ Altro biostimolatore

Aree di trattamento *

- ☐ Guance / Midface ☐ Tempie
☐ Linea della mascella ☐ Mento
☐ Collo ☐ Mani
☐ Glutei / Fossette dell'anca ☐ Corpo (braccia, ginocchia, addome)

Hai mai ricevuto un'iniezione di biostimolatore prima? *

- ☐ Sì ☐ No

Se sì, indicare il prodotto, l'area, la data e eventuali noduli o reazioni

Hai acido ialuronico o filler permanente nell'area da trattare? *

- ☐ Sì ☐ No

Anamnesi medica

Sei incinta, stai cercando di concepire o stai allattando? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai una qualsiasi delle seguenti condizioni?

- ☐ Malattia autoimmune (lupus, artrite reumatoide, sclerosi multipla, ecc.)
- ☐ Disturbo della coagulazione o assunzione di anticoagulanti
- ☐ Diabete
- ☐ Anamnesi di cicatrici cheloidee o ipertrofiche
- ☐ Cancro (attuale o negli ultimi 5 anni)
- ☐ Immunosoppresso / disturbo immunitario
- ☐ Nessuna delle precedenti

Hai un'infezione cutanea attiva, acne o infiammazione nell'area? *

- ☐ Sì ☐ No

Formi cicatrici cheloidee o ipertrofiche? *

- ☐ Sì ☐ No

Sei allergico alla lidocaina o ad altri anestetici locali? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai un'operazione odontoiatrica programmata nelle prossime 2 settimane o eseguita nelle ultime 2 settimane? *

- ☐ Sì ☐ No

Richiedi il trattamento dell'area sottoculare o delle labbra? *

- ☐ Sì ☐ No

Farmaci e integratori attuali

Allergie (farmaci, lattice, lidocaina, anestetici)

Rischi e complicazioni

Rischi e complicazioni potenziali:

- Ematomi, gonfiore, tenerezza e arrossamento nei siti di iniezione fino a 1-2 settimane
- Noduli o papule — piccoli rigonfiamenti duri sotto la pelle che possono comparire settimane o mesi dopo il trattamento; la maggior parte si risolve ma alcuni possono richiedere un trattamento
- Granulomi — masse infiammatorie (rare) che possono essere persistenti
- Asimmetria o risultati irregolari
- Infezione e biofilm
- Occlusione vascolare — ostruzione di un vaso sanguigno che può causare danno tissutale e, in casi estremamente rari, perdita della vista; i biostimolatori non possono essere dissolti con ialuroniasi
- Risultato ritardato o insoddisfacente — i risultati si sviluppano gradualmente nel corso di 2-6 mesi

I risultati sono gradualmente e dipendono dalla tua risposta di sintesi del collagene. Una serie di 2-3 sedute a 4-6 settimane di distanza è tipica. Le istruzioni di massaggio («5-5-5» per Sculptra) devono essere seguite rigorosamente.

Comprendo che i biostimolatori possono causare noduli o granulomi che possono comparire mesi dopo, che non possono essere dissolti con ialuroniasi e che il trattamento delle complicazioni può richiedere tempo.

Comprendo il rischio di noduli e che il prodotto non può essere dissolto: _____

Comprendo che l'occlusione vascolare è una complicazione rara ma grave e che devo cercare assistenza immediata per dolore inusuale, sbiancamento, pelle marezzata o cambiamenti della vista dopo il trattamento.

Comprendo il rischio di occlusione vascolare: _____

Rilascio fotografico

Possiamo fare foto prima e dopo del tuo trattamento per la cartella clinica? *

☐ Sì — solo per la mia cartella clinica

☐ Sì — e potete usarle anonimamente per marketing

☐ No

Registro del servizio

Solo per uso interno

	Data	Area	Prodotto / Lotto n.	Dose / Volume
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e firma

Acconsento volontariamente al trattamento con iniezioni di biostimolatore. Sono stato informato dei benefici, dei rischi, delle alternative e delle potenziali complicazioni, inclusi noduli, granulomi e occlusione vascolare. Comprendo che i risultati sono gradualmente e variano tra gli individui e che non è stata fatta alcuna garanzia di risultato. Esonerò il provider e la pratica da qualsiasi responsabilità legata a questo trattamento salvo in caso di negligenza.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni sopra indicate e do il mio consenso informato.

Ho letto e comprendo le informazioni di cui sopra: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.