

Consenso per Contouring Corporeo

Consenso informato per contouring corporeo non invasivo, inclusi criolipolisi, stimolazione muscolare elettromagnetica, radiofrequenza e riduzione del grasso a ultrasuoni

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli del Trattamento

Tipo di trattamento *

- ☐ Criolipolisi (congelamento del grasso)
- ☐ Stimolazione muscolare elettromagnetica (EMS)
- ☐ Riduzione del grasso mediante radiofrequenza/ultrasuoni
- ☐ Combinazione

Aree di trattamento *

- ☐ Addome
- ☐ Fianchi/Maniglie dell'amore
- ☐ Cosce
- ☐ Braccia
- ☐ Glutei
- ☐ Sotto il mento
- ☐ Schiena/Linea del reggiseno

Peso attuale

Variazione di peso negli ultimi 6 mesi

Hai avuto trattamenti di contouring corporeo in precedenza? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Anamnesi Medica

Sei incinta, stai cercando una gravidanza o stai allattando? *

- ☐ Sì
- ☐ No

Hai una delle seguenti condizioni?

- ☐ Malattia autoimmune (lupus, artrite reumatoide, sclerosi multipla, ecc.)
- ☐ Disturbo della coagulazione o assunzione di anticoagulanti
- ☐ Diabete
- ☐ Storia di cicatrici cheloidee o ipertrofiche
- ☐ Cancro (attuale o negli ultimi 5 anni)
- ☐ Immunosoppresso/Disturbo del sistema immunitario
- ☐ Nessuno dei precedenti

Hai crioglobulinemia, malattia da agglutinine fredde o emoglobinuria parossistica da freddo? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai la malattia di Raynaud, orticaria da freddo o sensibilità grave al freddo? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai un pacemaker, defibrillatore o dispositivo elettronico impiantato? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai impianti metallici, una spirale in rame (IUD) o metallo vicino all'area di trattamento? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai un'ernia nell'area di trattamento o nelle sue vicinanze? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai subito un intervento chirurgico nell'area di trattamento negli ultimi 6 mesi? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai epilessia o un disturbo convulsivo? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai ferite aperte, eruzione cutanea, infezione o vene varicose nell'area? *

- ☐ Sì ☐ No

Farmaci e integratori attuali

Allergie (farmaci, lattice, lidocaina, anestetici)

Rischi e Complicanze

Rischi e Complicanze Potenziali:

- Arrossamento, gonfiore, lividi, intorpidimento, formicolio e tenerezza nell'area trattata per giorni o settimane
- Indolenzimento muscolare dopo EMS, simile a un allenamento intenso
- Irregolarità della pelle, asimmetria del contorno o riduzione irregolare del grasso
- Iperplasia adiposa paradossale — un raro ingrandimento del grasso nell'area trattata mesi dopo la criolipolisi che potrebbe richiedere correzione chirurgica
- Congelamento, ustioni o vesciche (raro)
- Dolore a insorgenza tardiva — dolore nervoso che inizia giorni dopo il trattamento, di solito risolvendosi entro settimane
- Formazione di ernia o peggioramento con EMS o aspirazione
- I risultati variano e la riduzione del grasso per sessione è modesta (in genere il 20-25% del grasso nell'area trattata per la criolipolisi); è comune una serie di sessioni

Il contouring corporeo non è un trattamento per la perdita di peso. Il mantenimento del peso, l'idratazione e l'attività sostengono i risultati.

Comprendo che il contouring corporeo tratta il grasso localizzato o il tono muscolare, che i risultati visibili si sviluppino in 2-3 mesi, che potrebbero essere necessarie più sessioni, e che nessun risultato specifico è stato garantito.

Comprendo che questo non è una perdita di peso e i risultati variano: _____

Comprendo il raro rischio di iperplasia adiposa paradossale dopo criolipolisi, dolore a insorgenza tardiva, ustioni e irregolarità del contorno, e ho divulgato eventuali impianti, ernie o condizioni correlate al freddo.

Comprendo il rischio di iperplasia adiposa paradossale e altre complicanze: _____

Autorizzazione Fotografica

Possiamo scattare foto prima e dopo per la tua cartella clinica? *

- ☐ Sì — solo per la mia cartella clinica
- ☐ Sì — e potete usarle in forma anonima per il marketing
- ☐ No

Registro del Servizio

Solo per uso interno

	Data	Area	Dispositivo/Applicatore /Impostazioni	Note
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Consenso volontariamente al trattamento di contouring corporeo non invasivo. Sono stato informato dei benefici, rischi, alternative e potenziali complicanze. Comprendo che si tratta di un intervento cosmetico elettivo, che non è un sostituto della perdita di peso e che nessuna garanzia di risultato è stata fornita. Esonero il medico e la struttura dalla responsabilità relativa a questo trattamento, salvo in caso di negligenza.

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

Ho letto e comprendo le informazioni precedenti: _____

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.