

Consenso per Depilazione Laser

Consenso informato per depilazione laser e IPL con screening di tipo di pelle, esposizione solare e farmaci

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli del Trattamento

Aree di trattamento *

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| ☐ Viso / Labbro superiore / Mento | ☐ Ascelle | ☐ Braccia |
| ☐ Bikini / Brasiliana | ☐ Gambe | ☐ Schiena / Petto |
| ☐ Altro | | |

Come reagisce la tua pelle al sole? *

- ☐ Si scotta sempre, non si abbronzia mai (I)
- ☐ Si scotta solitamente, si abbronzia minimamente (II)
- ☐ A volte si scotta, si abbronzia gradualmente (III)
- ☐ Raramente si scotta, si abbronzia facilmente (IV)
- ☐ Molto raramente si scotta, si abbronzia molto facilmente (V)
- ☐ Non si scotta mai, molto pigmentato (VI)

Hai avuto esposizione solare, lettino abbronzante o autoabbronzante sull'area nelle ultime 2-4 settimane? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai fatto ceretta, depilazione con pinzetta, threading o crema depilatoria sull'area nelle ultime 4 settimane? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai già fatto depilazione laser o IPL? *

- ☐ Sì ☐ No

Se sì, hai avuto reazioni avverse?

Anamnesi Medica

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

☐ Sì ☐ No

Hai una delle seguenti condizioni?

- ☐ Malattia autoimmune (lupus, artrite reumatoide, SM, ecc.)
- ☐ Disturbo emorragico o in terapia anticoagulante
- ☐ Diabete
- ☐ Anamnesi di cicatrici cheloidi o ipertrofiche
- ☐ Cancro (attuale o negli ultimi 5 anni)
- ☐ Immunosoppresso / disturbo immunitario
- ☐ Nessuna delle precedenti

Hai assunto isotretinoina (Accutane) negli ultimi 6 mesi? *

☐ Sì ☐ No

Stai assumendo farmaci fotosensibilizzanti (alcuni antibiotici, retinoidi, Erba di San Giovanni)? *

☐ Sì ☐ No

Hai episodi di herpes labiale o herpes nell'area di trattamento? *

☐ Sì ☐ No

Hai un tatuaggio o trucco permanente nell'area di trattamento? *

☐ Sì ☐ No

Hai PCOS, una condizione ormonale o assumi terapia ormonale? *

☐ Sì ☐ No

Farmaci e integratori attuali

Allergie (farmaci, lattice, lidocaina, anestetici)

Rischi e Complicanze

Rischi e Complicanze Potenziali:

- Arrossamento, gonfiore e sensazione di bruciatura solare per poche ore fino a giorni
- Bolle o croste (non comune)
- Iperpigmentazione o ipopigmentazione — macchie più scure o più chiare, solitamente temporanee ma talvolta durature, più probabili con abbronzatura o tipi di pelle più scuri
- Crescita paradossale di peli — nuovi peli sottili vicino all'area trattata, specialmente su viso e collo
- Cicatrici (raro)
- Lesione oculare se non indossi protezioni oculari

La depilazione laser riduce i peli; non è una rimozione permanente. Un ciclo di 6-8 sedute, a distanza di 4-8 settimane, più mantenimento è tipico. Evita l'esposizione solare e usa SPF 30+ sulle aree trattate per 2 settimane prima e dopo ogni seduta.

Capisco che i risultati variano in base al colore dei capelli, al tipo di pelle e agli ormoni, che i peli grigi, bianchi, rossi o molto sottili rispondono male, e che sono necessarie più sedute e mantenimento.

Capisco che la riduzione dei peli non è una rimozione permanente: _____

Capisco che la pelle abbronzata o esposta al sole aumenta notevolmente il rischio di ustioni e alterazioni della pigmentazione e accetto di evitare l'esposizione solare e l'autoabbronzante prima e dopo il trattamento.

Seguirò le istruzioni di protezione solare: _____

Registro dei Servizi

Solo per uso interno

	Data	Area	Dispositivo / Fluenza / Spot	Note
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Do il consenso volontario al trattamento di depilazione laser o IPL. Sono stato informato dei benefici, rischi, alternative e possibili complicanze, inclusa la possibilità di ustioni e alterazioni della pigmentazione. Capisco che si tratta di una procedura cosmetica elettiva e nessuna garanzia di risultato è stata fornita. Esonerò il fornitore e la struttura da responsabilità relative 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 capisco 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.