

Consenso per Trattamento Laser

Consenso informato per trattamenti di depilazione laser, IPL e resurfacing della pelle con laser

Informazioni Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli Trattamento

Tipo di Trattamento Laser *

- | | |
|--|--|
| ☐ Depilazione Laser | ☐ IPL Photofacial |
| ☐ Resurfacing della Pelle Laser (CO2 Frazionato, Erbio) | ☐ Rimozione Tatuaggi Laser |
| ☐ Laser Vascolare (Capillari, Rossore) | ☐ Laser Pigmentazione (Macchie Solari, Melasma) |

Aree di Trattamento *

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Viso | ☐ Collo | ☐ Petto |
| ☐ Braccia | ☐ Ascelle | ☐ Schiena |
| ☐ Addome | ☐ Zona Bikini | ☐ Gambe Intere |
| ☐ Polpacci | ☐ Mani | |

Numero Sessione

Screening Sanitario

Sei attualmente incinta o allattando? *

☐ Sì ☐ No

Hai avuto esposizione solare, autoabbronzante o lettini abbronzanti negli ultimi 2-4 settimane? *

☐ Sì ☐ No

Stai assumendo farmaci fotosensibilizzanti (antibiotici, retinoidi, Accutane)? *

☐ Sì ☐ No

Hai infezioni della pelle attive, ferite aperte o herpes labiale nell'area di trattamento? *

☐ Sì ☐ No

Hai una delle seguenti condizioni?

- | | |
|---|--|
| ☐ Vitiligine | ☐ Melasma |
| ☐ Anamnesi di cicatrici cheloidi | ☐ Disturbo convulsivo scatenato da luce |
| ☐ Pacemaker o dispositivo impiantato | ☐ Nessuna delle precedenti |

Tipo di Pelle Fitzpatrick *

- ☐ Tipo I — Si brucia sempre, non si abbronzia mai
- ☐ Tipo II — Solitamente si brucia, si abbronzia minimamente
- ☐ Tipo III — A volte si brucia, si abbronzia uniformemente
- ☐ Tipo IV — Si brucia minimamente, si abbronzia facilmente
- ☐ Tipo V — Raramente si brucia, si abbronzia scuro
- ☐ Tipo VI — Non si brucia mai, intensamente pigmentata

Rischi e Cura Post-Trattamento

Rischi Potenziali:

- Arrossamento, gonfiore e calore (comune, si risolve in ore-giorni)
- Vesciche o croste (non comune)
- Iperpigmentazione o ipopigmentazione (più probabile su tonalità di pelle più scure)
- Bruciature o cicatrici (raro)
- Crescita paradossale dei peli (raro con depilazione)
- Lesione oculare se la protezione oculare non viene indossata
- Riattivazione dell'herpes simplex (febbre labiale)

Cura Post-Trattamento:

- Applica impacchi freddi e aloe vera secondo necessità
- Evita l'esposizione solare e applica SPF 30+ quotidianamente per almeno 4 settimane
- Non grattare o toccare la pelle trattata
- Evita docce calde, saune e esercizio fisico per 24-48 ore
- Non usare ceretta, pinzette o creme depilatorie tra le sessioni (la rasatura va bene)

Sono stato/a informato/a dei rischi potenziali del trattamento laser e accetto di seguire tutte le istruzioni di cura post-trattamento.

Comprendo i rischi e i requisiti di cura post-trattamento: _____

Registro Servizio

Solo per uso interno

	Data	Area	Lunghezza d'Onda	Fluenza / Impostazioni
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Consento al trattamento laser descritto sopra. Sono stato/a informato/a dei rischi, benefici e alternative. Ho rivelato tutte le informazioni sanitarie rilevanti e accetto di seguire le istruzioni di cura post-trattamento. Esonero il fornitore da qualsiasi responsabilità.

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

Ho letto e compreso le informazioni 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.