

Consenso per il Lifting della Pelle (HIFU / RF / Ultrasuoni)

Consenso informato per il lifting della pelle non chirurgico con ultrasuoni focalizzati ad alta intensità, radiofrequenza monopolare e dispositivi a energia simile

Informazioni Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli del Trattamento

Tipo di trattamento *

- ☐ Ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU) ☐ Radiofrequenza monopolare
☐ Radiofrequenza bipolare / multipolare ☐ Altro dispositivo a energia

Aree di trattamento *

- ☐ Viso completo ☐ Viso inferiore / Linea della mascella
☐ Collo ☐ Sopracciglia / Occhi
☐ Décolletage ☐ Corpo (addome, braccia, cosce, ginocchia)

Hai avuto trattamenti energetici di lifting della pelle prima? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai avuto filler, neurotossina o fili nell'area negli ultimi 4 settimane? *

- ☐ Sì ☐ No

Anamnesi Medica

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

- ☐ Sì ☐ No

Hai una di queste condizioni?

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

Hai un pacemaker, defibrillatore o dispositivo elettronico impiantato? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai impianti metallici, placche o impianti dentali nel percorso di trattamento? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai filler permanente, impianti o fili nell'area di trattamento? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai acne attiva, infezione, herpes o ferite aperte nell'area? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai paralisi di Bell, problemi del nervo facciale o un disturbo neuromuscolare? *

- ☐ Sì ☐ No

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

- ☐ Sì ☐ No

Medicinali e integratori attuali

Allergie (medicinali, lattice, lidocaina, anestetici)

Rischi e Complicanze

Rischi e Complicanze Potenziali:

- Rossore, gonfiore e tenerezza da ore a giorni
- Formicolio, intorpidimento o irritazione nervosa — solitamente temporaneo; raramente durando settimane (HIFU)
- Ematomi o piccoli pomfi lungo le linee di trattamento che si risolvono in pochi giorni
- Ustioni o vesciche se l'energia viene erogata troppo superficialmente (raro)
- Perdita di grasso o cambiamento di contorno con energia eccessiva in aree sottili (raro)
- Debolezza muscolare temporanea intorno alla bocca o alle sopracciglia (raro)
- Cambio di pigmentazione (raro)
- Risultato limitato — il lifting è graduale in 2-6 mesi ed è modesto rispetto alla chirurgia; alcune persone notano poco cambiamento

Il disagio durante il trattamento è comune e può essere gestito con antidolorifici o anestetici topici.

Capisco che il lifting della pelle non chirurgico produce risultati gradualmente e sottili nel corso di diversi mesi, che alcune persone non rispondono e che non è un sostituto della chirurgia.

Capisco che il risultato è graduale, modesto e non garantito: _____

Capisco che possono verificarsi intorpidimento temporaneo, formicolio, debolezza muscolare, ustioni e perdita di grasso o cambiamento di contorno e che ho rivelato tutti gli impianti e le iniezioni nell'area di trattamento.

Capisco il rischio di effetti nervosi, ustioni e cambiamento di contorno: _____

Autorizzazione Fotografica

Possiamo scattare foto prima e dopo per il tuo fascicolo di trattamento? *

- ☐ Sì — solo per il mio fascicolo medico
- ☐ Sì — e potete utilizzarle anonimamente per il marketing
- ☐ No

Registro del Servizio

Solo per uso interno

	Data	Area	Dispositivo / Profondità / Linee / Energia	Note
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Acconsenso volontariamente al trattamento di lifting della pelle non chirurgico. Sono stato informato dei benefici, dei rischi, delle alternative e delle possibili complicanze. Capisco che si tratta di una procedura cosmetica elettiva e che non è stata fornita alcuna garanzia di risultato. Esonero il fornitore e la pratica da qualsiasi responsabilità relativa a questo trattamento, ad eccezione dei casi di negligenza.

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

Ho letto e capisco 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.