

Biostimolazione e biorivitalizzazione con mesoterapia insulinica

- Di essere stato/a ampiamente informato/a dal Prof. Osvaldo Sponzilli circa il trattamento di Biostimolazione cutanea che consiste nella inoculazione di insulina 0,004UI/ml diluita in glucosata nelle seguenti zone: Gabella, zigomi, nasogeniene, angolo inferiore della bocca e zona sottomentoniera, onde ottenere l'ottimizzazione biologica dello stato della cute delle zone trattate. Sono stato/a posto/a a conoscenza:
- Che la sostanza iniettata serve per dare tono e nutrimento al derma ed al tessuto muscolare. L'esito del trattamento ed il relativo protocollo potrà variare da paziente a paziente.

Il presente modello è solo integrativo dell'estesa informazione ricevuta dal Prof. Osvaldo Sponzilli i colloqui che hanno preceduto il trattamento, in particolare sono stato/a posto/a a conoscenza:

- Delle reazioni comuni a tutti i trattamenti eseguiti mediante iniezione, ed in particolare:

Che sul sito di iniezione possono svilupparsi reazioni come eritema, edema, dolore, prurito, ecchimosi; tali reazioni sono state descritte come leggere-moderate e si risolvono, generalmente, in modo spontaneo qualche tempo dopo l'iniezione.

Che allo stato attuale delle conoscenze non esistono controindicazioni alla terapia

Mi è stato domandato di riferire il nome di eventuali farmaci a cui so di essere allergico/a.
La mia risposta è stata:

.....

Mi è stato domandato di riferire il nome di eventuali trattamenti estetici effettuati negli ultimi anni.

La mia risposta è stata:

.....

Dichiaro inoltre di non essere in gravidanza.

Anche se i risultati sono solitamente assai buoni, ho capito che non si può prevedere l'entità del risultato e che saranno necessarie più sedute. Inoltre so che i risultati non saranno definitivi. Ho capito anche che è molto utile l'associazione con una corretta educazione alimentare e con l'attività fisica. Le procedure ed i mezzi utilizzati sono quelli che allo stato attuale vengono riconosciuti i più idonei da un punto di vista medico-scientifico.

Ho letto il consenso informato col medico. Questi mi ha spiegato ogni aspetto della tecnica e dei trattamenti previsti per me. Ha risposto in modo esauriente alle mie domande e ha risolto ogni mio dubbio. Ritengo il colloquio esaustivo e chiaro.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure mediche proposte

Data

Nome e Cognome

Firma per accettazione del trattamento

Firma del medico

Prof Osvaldo Sponzilli

NORMATIVA PRIVACY (TUTELA DEI DATI PERSONALI)

Come richiesto dal EX DL 196/03 in materia di tutela dei dati sensibili, fornisco il mio consenso affinché il medico possa acquisire le mie informazioni personali e cliniche, le immagini documentali della mia persona, prima, durante e dopo il trattamento, comprendendo la necessità da parte dello stesso di documentare il suo operato allo scopo di poter disporre di un riscontro obiettivo della situazione pre e post trattamento, nonché a distanza di tempo.

A tal proposito, consapevole che sarà garantito il mio totale anonimato e l'assoluta non identificazione della mia persona,

[] **Accosento** [] **Non accosento** all'utilizzo delle suddette immagini per scopi didattico-scientifici.

Firma del Paziente per la concessione del consenso al trattamento dei dati.....

Luogo e data,

Firma del Medico che ha raccolto il consenso e fornito le informazioni