

# INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO CON MESOTERAPIA

La mesoterapia consiste nella iniezione intradermica, tramite aghi sottilissimi o con pistola a pressione senza aghi di sostanze lipolitiche (che sciolgono il tessuto adiposo), di farmaci vasoattivi (che proteggono i vasi sanguigni), antiedemigeni e antiinfiammatori (contro il gonfiore e il dolore), a seconda del disturbo. Le è stato spiegato che tale terapia è sicura. Tuttavia, come per ogni intervento medico, non può essere considerata esente da complicanze che, talora, possono verificarsi (lipotimie, sindromi vagali, allergie, ematomi, lividi, ponfi) anche se la procedura è attuata con perizia, diligenza e prudenza (uso di materiale monouso e di farmaci ad uso endovenoso e/o intramuscolare acquistabili in ogni farmacia).

Mi è stato domandato di riferire il nome di eventuali farmaci a cui so di essere allergico/a.  
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.

Autorizzo la documentazione fotografica delle aree da trattare prevista dalla medicina legale e la gestione dei miei dati per uso medico scientifico e per pubblicazioni scientifiche.

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  
trattamento

Nome e Cognome

Firma per accettazione del

Firma del paziente

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,

**Accenso**  **Non accenso** all'utilizzo delle suddette immagini per scopi didattico-scientifici.

Firma del Paziente per la concessione del consenso al trattamento dei dati.....  
Luogo e data ....., .....