

## CONSENSO INFORMATO AI TRATTAMENTI DI CARBOSSITERAPIA

### Informativa

Si utilizzano applicazioni con uno strumento ad emissione di gas anidride carbonica a pressione compresa tra 2,5 e 3,5 bar. È possibile il trattamento di varie aree del viso, del corpo e dei genitali esterni per la correzione di inestetismi quali:

- Lassità cutanea
- PEF
- Smagliature
- Borse oculari/occhiaie
- Rughe glabellari o
- lassità grandi labbra

Sono stato informato dal professor Osvaldo Sponzilli della possibilità che durante il trattamento si avverta una sensazione di "bruciore e/o gonfiore" legata all'introduzione del gas anidride carbonica in zone particolarmente caratterizzate da fibrosi. Sono stato altresì informato della possibilità di sviluppare edemi locali, eritemi e sensazione di dolore oppure ecchimosi dovuti al traumatismo dell'ago. Talvolta può comparire la sensazione di arto pesante che tende a scomparire in pochi minuti, così come la sensazione di crepitio sottocutaneo. Sono stato informato che le seguenti condizioni cliniche costituiscono CONTROINDICAZIONI al trattamento e Dichiaro di NON esserne affetto:

- Infarto miocardico acuto e pregresso
- Angina instabile
- Accidenti tromboembolici acuti
- Tromboflebite acuta
- Grave insufficienza renale
- Esiti da Ictus
- Pregressi TIA
- Grave ipertensione
- Scompenso cardiaco conclamato
- Insufficienza renale, respiratoria o cardiaca cronica (per la presenza di acidosi)
- Terapia con inibitori della anidrasi carbonica, biguanil (metformina)
- Diabete mellito (chetoacidosi)
- Anemia grave
- Insufficienza epatica cronica
- Gangrena gassosa

Costituiscono controindicazioni assolute l'età pediatrica, la presenza di uno stato di gravidanza e/o allattamento (per la presenza di ftalati nei tubi in uscita).

Dichiaro che sono stato informato dal professor Osvaldo Sponzilli che allo stato attuale delle conoscenze scientifiche non esistono rischi seri di complicazioni.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura del trattamento di Carbossiterapia e dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare.

Presto pertanto il mio assenso al trattamento così come mi è stato illustrato e spiegato.

DATA: \_\_\_\_\_ NOME E COGNOME PAZIENTE IN STAMPATELLO

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

### 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.....