



CentroMedico Torrespaccata

CONSENSO INFORMATO ALLA EPILAZIONE CON LASER A DIODO

Nome e Cognome _____ Data di Nascita _____

via _____ Città _____

Cellulare _____ codice fiscale: _____

Nel rapporto tra operatore sanitario e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento al quale volontariamente si sottopone. È importante leggere completamente e attentamente queste informazioni e le istruzioni pre-, durante e post trattamento. Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato/a, ed il professionista che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione. È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. In particolare sarà informato/a che l'epilazione con un laser a diodo di III generazione, nonostante sia un metodo sicuro e tecnologicamente molto avanzato, **può determinare rischi e complicanze** per cause non inerenti al buon operato dell'operatore, ma conseguenti ad una reazione **specifico individuale** della particolare persona alla luce del Laser. **Non è un metodo di epilazione perenne**, in quanto allo stato attuale non esiste nessun elemento scientifico che dimostri il carattere definitivo di questa forma di epilazione. E **non ci sono garanzie precise circa il risultato che otterrà** con il trattamento, né di **quante sedute saranno necessarie** per il risultato voluto. Di certo però ad oggi è sicuramente l'unica tecnica che permette di avere una reale, vera ed importante riduzione della crescita pilifera nell'area trattata in una percentuale che va dal 40% al 90% in funzione al numero di sedute a cui ci si è sottoposti; e che permette di trattare aree pilifere molto vaste, con pochi fastidi ed effetti indesiderati, minor tempo e con un'ottima tollerabilità da parte del paziente. Sarà poi messo/a al corrente che subito dopo il trattamento potrà avere la comparsa di eritema, vescicole, erosioni, follicoliti, alterazioni della pigmentazione e talora modificazione della secrezione delle ghiandole sudoripare.

Esistono procedure alternative al Laser, che hanno a loro volta vantaggi e svantaggi, rischi e benefici.

EPILAZIONE

L'Epilazione Laser utilizza un diodo che genera un fascio di luce coerente, e ad una singola lunghezza d'onda, in grado di colpire e riscaldare peli contenenti melanina (cromoforo). **Il laser non ha nessun effetto su peli bianchi o rossi**, ed è molto debole su quelli biondo-chiaro. Il trattamento Laser per l'Epilazione consiste nel sottoporsi a più sedute. Statisticamente con un numero di sedute variabile da 5 a 8 si ottiene mediamente una riduzione del 75%-80% dei peli (riduzione nel numero, nello spessore e nella velocità di ricrescita). Il rimanente 20-25% si trasforma comunque in una sottile peluria (lanugine). Il trattamento non è definitivo, ma **prolungato nel tempo**. E necessiterà di **mantenimenti periodici**, verosimilmente 1 o 2 l'anno. **I risultati e le velocità variano a seconda del fototipo, dell'età e delle zone trattate**. Le pelli chiare con peli scuri rispondono meglio ed in minor tempo; mentre alcune zone, come il dorso delle mani e le dita di mani e piedi non rispondono quasi affatto e riformano velocemente i peli.

Alcuni soggetti poi, per genetica o per ormoni, e nonostante una procedura corretta dell'operatore, possono non riportare risultati soddisfacenti.

Istruzioni PRE-trattamento

- Nelle 4 settimane antecedenti il trattamento non effettuare depilazioni con cerette, pinzette o silk-epil. Non usare il guanto di crine; non decolorare i peli.
- Depilarsi **se necessario** con un rasoio **monolama** e nella direzione del pelo (mai contropelo) 7 giorni prima del trattamento (solo per i primi trattamenti).
- Evitare l'esposizione solare e a lampade UV nelle settimane prima e dopo le sedute, non praticare sauna, bagno turco, docce troppo calde e non esporsi a qualsiasi altra fonte di calore nei giorni prima e dopo il trattamento.
- **L'esposizione a sole o a raggi UV nei 7 giorni successivi può determinare macchie della pelle**

- Informare l'operatore su ogni nuova assunzione di farmaci durante il ciclo di trattamenti.
- Nei 2 giorni precedenti la seduta e il giorno della stessa non praticare peeling casalinghi con creme esfolianti, né cospargersi di profumi o tonici a base alcolica, in particolare il giorno del trattamento evitare qualunque prodotto locale.
- Evitare traumatismi nella zona trattata per 1 settimana dopo la seduta (peelings, etc...)

DURANTE LA SEDUTA il/la paziente dovrà tenere gli occhi chiusi e coperti con degli occhialini neri che verranno forniti dall'operatore. Questo perché la luce del laser può danneggiare la retina.

Vietato indossare durante la seduta oggetti metallici e indumenti neri o molto scuri. Preferibilmente capi bianchi o molto chiari.

Istruzioni POST-trattamento

Utilizzare una protezione solare totale dopo il trattamento per le zone esposte alla luce.

Dopo il trattamento al viso è consigliata una protezione 100+ da portare in studio e applicare prima di uscire.

Esporsi al sole dopo il trattamento può comportare la comparsa di macchie, in particolare a viso, ascelle e pube.

Dopo la terapia la cute è arrossata più o meno intensamente e tale rimarrà per almeno 1-5 giorni. Vi possono essere anche zone puntiformi di gonfiore e di edema, simili a quelle delle punture di insetti, a livello dei follicoli piliferi: ciò non è altro che l'esito della esplosione del pelo nel follicolo con conseguente danneggiamento del follicolo stesso (meccanismo che sta alla base dell'epilazione laser). A livello di questi punti o nelle zone più intensamente arrossate si potrebbe evidenziare anche un minimo scollamento cutaneo che porta alla formazione di micro vescicole e quindi di "crosticine" ed erosioni tipo intensa scottatura solare estiva, soprattutto per le pelli più scure. Per evitare il più possibile questi fenomeni il paziente dovrà **applicare sulla cute creme idratanti e lenitive**. Potrebbe in alcuni casi anche essere necessaria la prescrizione di una crema antibiotica per i primi giorni dopo il trattamento.

Soprattutto per le pelli più scure dopo il trattamento potrebbe poi presentarsi una ipo- o iperpigmentazione, o piccoli esiti cicatriziali.

CONSENSO AD EFFETTUARE IL TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a _____, con il presente documento, **richiedo ed autorizzo** l'operatore sanitario ad effettuare sulla mia persona il trattamento di epilazione con Laser a Diodo.

Certifico di essere maggiorenne, di aver letto e compreso quanto sopra e di aver ricevuto tutte le spiegazioni di cui necessitavo. Confermo che, per il trattamento che richiedo, il professionista ha spiegato a fondo e con parole a me comprensibili, i rischi che si potranno presentare, gli effetti indesiderati, i rischi caratteristici della mia persona, così come i disturbi od eventuali sensazioni fastidiose che occasionalmente potrei riportare.

Confermo che il professionista mi ha spiegato chiaramente che non esiste certezza scientifica né sulla permanenza del trattamento, né sul fatto che in alcuni casi il trattamento possa non dare i risultati aspettati. E che potrebbero esserci effetti collaterali specificamente legati a reazioni mie personali.

Roma li,

firma paziente

Mi impegno a seguire fedelmente, od al meglio delle mie possibilità, le istruzioni dell'operatore prima durante e dopo il trattamento con il Laser a Diodo per Epilazione. Di mantenere gli occhi chiusi e coperti con occhialini neri protettivi durante l'uso del Laser. Di evitare l'esposizione ai raggi UV nei giorni successivi al trattamento, al fine di non favorire l'insorgere di quegli effetti secondari in precedenza descritti.

In fede dichiaro di non avere omesso o alterato i dati relativi alla mia storia clinica personale, specialmente ciò che concerne le allergie, le malattie, i farmaci che assumo ed i miei rischi personali. E di comunicare prontamente all'operatore ogni nuovo farmaco o terapia che utilizzerò durante il periodo schedato per il trattamento.

Autorizzo il personale ad effettuare delle fotografie delle zone trattate per esclusivo uso interno e che non costituiscono nessuna violazione della privacy. Con la presente, Vi autorizzo al trattamento dei miei dati personali contenuti nel presente documento, ai sensi della Legge 31/12/1996 n.675 e successive modifiche ed integrazioni.

Roma li,

firma paziente