

## **Consenso informato riguardante il trattamento di mesoterapia con il Dispositivo Medico Alidya**

**Sono stato informato che** nel rapporto tra medico e paziente è necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo riguardo al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione con il presente documento sono informato sul trattamento con il **Dispositivo Medico Alidya**, ed il medico che me lo sottopone e contemporaneamente me lo illustra mi fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla mia comprensione e si accerterà che lo abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla mia attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che io ritenga le spiegazioni fornite siano esaurienti e chiare, ed in particolare abbia bene presente quanto mi viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato.

Di seguito pertanto mi saranno indicati i benefici in relazione a quanto mi verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirmi una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Mi viene fornita con questo documento un'informazione dettagliata e quanto più completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione.

Se lo riterrò necessario ho il diritto / dovere di richiedere tutte le ulteriori informazioni che credo utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non avessi pienamente compreso.

**Sono invitato pertanto, prima di confermare il mio consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che me l'ha sottoposto ogni aspetto che non mi appare sufficientemente comprensibile, in particolare di quanto segue:**

Sono stato informato che in seguito al traumatismo indotto dall'ago e alle sostanze iniettate potrò avere ecchimosi (piccole emorragie) nella sede di trattamento.

Sono anche stato informato che quando si somministra una soluzione per qualsiasi via, compresa la via mesoterapica, è possibile che si scatenino reazioni allergiche che si possono manifestare sia con reazioni orticarioidi diffuse sia con effetti sistemici (disturbi respiratori e cardiovascolari) che richiedono provvedimenti terapeutici urgenti.

Sono stato informato che la mesoterapia può essere gravata da complicanze molto rare, che in circostanze molto rare potrebbero risultare pericolose per la vita.

Inoltre sono stato informato che la prassi con la quale il trattamento viene eseguito può determinare rischi o complicanze e che in particolare lo sfregamento della zona trattata o l'utilizzo di detergenti e disinfettanti inadeguati o insufficienti possono portare a reazioni locali indesiderate sia di tipo infiammatorio che di tipo infettivo; le forme locali possono sebbene in rarissimi casi divenire generalizzate, specie se non trattate nei primi tempi del loro manifestarsi. Sono stato quindi invitato a far subito presente al medico che mi ha sottoposto al trattamento o al medico di fiducia eventuali reazioni inattese.

Mi sono state infine segnalate **le principali prassi terapeutiche alternative** (alimentazione corretta, attività fisica, integratori alimentari, creme, massaggi linfodrenanti e connettivali, radiofrequenze), i loro vantaggi e svantaggi, i rischi e i benefici e sono consapevole di aver considerato che la mesoterapia con il **Dispositivo Medico Alidya** sia la scelta che condivido.

**Sono consapevole che questo trattamento ha fini estetici e che la qualità dei risultati non è prevedibile a priori, essendo i risultati stessi variabili da persona a persona, e che i medesimi risultati non possono essere permanenti.**

Mi è confermato dal medico che sarà presente durante l'esecuzione della procedura, personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che saranno utilizzati dispositivi ed apparecchiature tecniche conformi alle norme di sicurezza e alle specifiche di prodotto previste dalla normativa vigente.

**Preso atto di quanto sopra letto e condiviso**, confermo che il Dr. .... mi ha illustrato la natura del trattamento e il metodo con il quale è attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a essa connessi e le eventuali altre scelte possibili, e di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento (**tutta la pagina 1**), e di aver avuto la possibilità di discutere il contenuto del presente testo.

**Le zone da trattare**, concordate con il medico, sono le seguenti:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

**Dichiaro di essere maggiorenne.** Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmerà unitamente a me il presente modulo dopo avere ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Io sottoscritto, PAZIENTE (nome).....(cognome).....  
nato il (data) ...../...../..... a (comune) .....(nazione).....

Io sottoscritto TUTORE LEGALE (nome).....(cognome).....  
nato il (data) ...../...../..... a (comune) .....(nazione).....

**Ho letto tutto quanto sopra** e ritenendo di averlo correttamente compreso e di aver ottenuto i chiarimenti richiesti, (con una X segnalo l'opzione prescelta, fra le 2 indicatemi)

- Acconsento al trattamento con il **Dispositivo Medico Alidya**  
 **Non** acconsento al trattamento con il **Dispositivo Medico Alidya**

Data: ...../...../.....

**FIRMA:** .....

**Permetto inoltre al Dr.** .....di **acquisire immagini cliniche** della mia persona prima, durante e dopo il trattamento. Comprendo la necessità da parte del sanitario di documentare il suo operato allo scopo di poter disporre di un riscontro obiettivo della situazione pre-trattamento e dei risultati ottenuti sia subito dopo tale procedura come a distanza di tempo.

(con una X segnalo l'opzione prescelta, fra le 2 indicatemi)

- Acconsento all'utilizzazione, per scopi scientifici ed educativi, delle suddette immagini nel pieno rispetto della legge sulla privacy (ai sensi dell'Art. 13 Regolamento Europeo 679/2016).  
 **Non** acconsento all'utilizzazione per scopi scientifici ed educativi delle immagini.

Data: ...../...../.....:

**FIRMA:** .....

Il Medico: (timbro e firma) .....