

## Peeling chimico

### **Informazione e consenso a prestazione sanitaria**

Con la presente scrittura vengono riportati i dati relativi allo stato di salute accertato a seguito della visita medica effettuata e si forniscono le informazioni atte ad acquisire, o meno, il consenso all'esecuzione del trattamento terapeutico e/o estetico.

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_

dò il mio consenso ad essere sottoposto a peeling chimico a base di

---

per il trattamento di

---

Le modalità di trattamento mi sono state illustrate, ho chiarito i miei dubbi e sono stato informato sui possibili effetti collaterali. E' previsto che verrà indotto un eritema e lieve edema della zona da trattare che provocherà una temporanea alterazione della sensibilità, o, nel caso dei peeling al TCA, dolore e bruciore che durerà diversi minuti. Nel caso dei peeling molto superficiali o superficiali nei giorni successivi si può osservare modesta secchezza cutanea o lieve desquamazione mentre nel caso di peeling più profondi la zona trattata diventerà rossa e successivamente brunastra e comincerà a desquamare ed apparirà come dopo una ustione solare. La desquamazione durerà circa 5-10 giorni ma raramente può realizzarsi in tempi più lunghi (15 giorni). Nei giorni successivi al peeling è necessario attenersi alle prescrizioni

indicate dal medico, non esporre la zona trattata al sole ed evitare traumatismi.

Mi è stato riferito che dopo la desquamazione può osservarsi la persistenza di eritema cutaneo, sensibilità al freddo e vento e verificarsi la comparsa di pigmentazione (macchia) brunastra transitoria che può persistere per qualche settimana.

Durante e dopo la desquamazione possono osservarsi lievi reazioni acneiformi od infezioni batteriche e nei soggetti predisposti può riattivarsi una infezione erpetica.

L'esito, l'efficacia e la durata degli effetti del trattamento sono direttamente proporzionati alla natura e alla complessità del problema estetico per cui il raggiungimento del risultato dipende, in ogni caso, da fattori di carattere soggettivo.

Roma, .....

.  
(firma del medico)

(firma del paziente)

Fornisco inoltre il mio consenso all'effettuazione di fotografie, che oltre ad essere allegate al fascicolo personale riservato del/la paziente quale documentazione clinica, potranno essere utilizzate a scopo scientifico con assoluta garanzia dell'anonimato.

(firma del medico)

(firma del paziente)

