

Impianto iniettivo di
Consenso Informato

Io sottoscritto

Cognome.....Nome.....

Autorizzo il Dott./Prof.....

Ho compreso perfettamente il protocollo di trattamento
con _____

che mi è stato dettagliatamente illustrato dal medico e ritengo di averne
compreso scopi, limiti, rischi (*infezioni, granulomi, edemi, infiammazioni, intolleranze,
reazione avverse non preventivabili*).

Dichiaro in particolare, di non essere affetto da diabete, sindromi da immunodeficienza
o collagenopatie.

Sono stato informato che il fumo di sigaretta, la sovraesposizione ai raggi solari,
l'assunzione di alcuni farmaci, il cambiamento del proprio peso corporeo, alcune
abitudini di vita e di dieta possono influire sul risultato.

Ho correttamente informato il medico circa la mia anamnesi ed i trattamenti da me
effettuati in precedenza.

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte dopo
l'intervento, e riconosco che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito del
trattamento stesso.

Sono a conoscenza del fatto che, a considerazione della variabilità individuale di
risposta a qualsiasi trattamento medico-chirurgico, non può esserci certezza di
risultato né essere precisamente pronosticata la percentuale di miglioramento, l'entità
e la durata.

Dichiaro che il medico ha aperto la confezione sigillata del prodotto in mia presenza.

Acconsento ad essere fotografata a scopi esclusivamente scientifici e di
documentazione clinica.

Nome prodotto _____ Lotto
N° _____

Letto, compreso ed accettato

Data.....

Firma del paziente.....

Firma del medico.....