

## CONSENSO INFORMATO PER CRIOLIPOLISI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### acconsento

- a) a sottopormi a trattamento di criolipolisi **cooltech**<sup>®</sup> che consiste in un trattamento medico che agisce in modo non invasivo sul tessuto adiposo. Il trattamento si basa su un sistema di applicazione di freddo controllato, abbinato all'aspirazione della zona da trattare, durante un periodo compreso fra 45 e 70 minuti. Conseguentemente, il tessuto adiposo che presenta una vulnerabilità elevata all'effetto del freddo, viene danneggiato irreversibilmente per poi essere eliminato dall'organismo in modo naturale e progressivo (attraverso il sistema linfatico) tramite un processo che comincia dopo 15 giorni dalla relativa sessione e che può perdurare fino a 90 giorni. Il trattamento è finalizzato alla riduzione del tessuto adiposo localizzato della zona trattata.
- b) Il trattamento menzionato mi è stato spiegato in modo dettagliato sino ad una perfetta e completa comprensione da parte mia, inclusi i rischi tipici che gli sono associati, gli effetti secondari, i rischi specifici alla mia persona e gli eventuali disagi, ivi inclusi i dolori che possono presentarsi durante e dopo il trattamento. Dichiaro che mi sono state indicate le possibili alternative terapeutiche, di ciascuna delle quali mi sono stati chiariti la natura, i rischi, i vantaggi e gli eventuali effetti indesiderati.
- c) Sono stato informato che non devono sottoporsi alla procedura **cooltech**<sup>®</sup> le persone che presentano una delle seguenti **CONTROINDICAZIONI**:
- Orticaria da freddo / reazione allergica al freddo
  - Morbo di Raynaud
  - Crioglobulinemia o emoglobinuria parossistica a frigore
  - Ipoproteinemia
  - Coagulopatia o sanguinamento ed ecchimosi eccessivi
  - Uso di farmaci che fluidificano il sangue
  - Gravidanza o allattamento
  - Malattie epatiche
  - Febbre
  - Processo infettivo grave
  - Cicatrici o ernia nella zona da trattare
  - Qualsiasi malattia cutanea nella zona da trattare, ferita aperta, lesioni cutanee estese come eczema, dermatite, psoriasi attiva, pelle ipersensibile o fragile nella zona di trattamento
  - Malattie croniche con effetti funzionali (insufficienza cardiaca, epatica e/o renale)
  - Malattie autoimmuni con LES cutaneo, sclerodermia, sindrome di Sjögren (dermatologica, reumatologica)
  - Neuropatie periferiche: patologia autoimmune (sclerosi multipla), disturbi metabolici (diabete grave), infezioni o neuropatia tossica
  - Uso di farmaci che influenzano il sistema immunitario e compromissione del sistema immunitario (come l'HIV)
  - Trombosi venosa profonda, tromboflebite o vene varicose in corso
  - Qualsiasi intervento chirurgico estetico o medico che interessi l'area di trattamento o prima della completa guarigione, nei 6 mesi precedenti il trattamento
  - Tumori pregressi, malignità attiva o recente sotto terapia farmacologica
  - Lesioni cutanee precancerose, neoplasie sull'area di trattamento
  - Non trattare pazienti sottoposti a procedure con filler sintetici (cioè silicone) nell'area di trattamento designata o adiacente.
- d) Non mi trovo in nessuna delle condizioni descritte sotto la lettera c) e ciò è stato da me verificato con l'ausilio del mio medico di fiducia.



**EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE**

sede Legale e Operativa: via Domenico Rossetti, 62  
sedi Operative via Mascagni 3/1 e via Carducci 31 Trieste  
Tel: 040 360430 Fax: 040 3724455  
info@eutoniasanitaesalute.it

e) Mi sono stati spiegati e ho compreso i rischi e **COMPLICANZE** che possono presentarsi e che la scienza medica descrive come inerenti e conseguenti a tale trattamento. In particolare i principali rischi, i seguenti effetti mi sono stati spiegati:

- Eritema (rossore) sulla zona trattata che può durare da qualche minuto a qualche ora (molto frequente)
- Ecchimosi occasionali associati al processo di aspirazione
- Parestesie e disestesie (a seconda della sensibilità cutanea) sulla zona trattata, che può durare fino a 8 settimane (molto frequente);
- Sensazione di affaticamento con stato febbrile che può persistere per circa 24 ore
- Dolore durante il trattamento, principalmente durante i primi 10 minuti, di bassa intensità (molto frequente);
- Dolore sulla zona trattata che può durare da 7 a 10 giorni, accompagnato da una eventuale infiammazione, ma senza limitazione dell'attività quotidiana
- Eccezionalmente: possibilità di svenimento, di lesione superficiale associata all'effetto del congelamento. Iperpigmentazione transitoria post-infiammatoria nella zona trattata.

f) sono a conoscenza che le sostanze e apparecchiature che verranno utilizzate per il trattamento sono state autorizzate per un uso in medicina estetica e hanno la marcatura CE e che per ogni applicazione viene utilizzato il telino monouso con membrana protettiva antigelo.

In considerazione di quanto esposto, **dichiaro** di essere stato informato/a in modo comprensibile sulla procedura di criolipolisi ed in particolar modo relativamente a:

- tipo di strumenti, sul metodo operativo, sui materiali che verranno impiegati
- possibili effetti collaterali, complicanze e rischi,
- il disagio o talvolta dolore che posso sentire durante e dopo il trattamento

**Sono consapevole** che lo scopo di questo trattamento è quello di migliorare il mio aspetto fisico con la possibilità che qualche imperfezione possa comunque persistere e che il risultato possa non aderire a quello atteso. Sono altresì informato/a che il numero di trattamenti necessari per ottenere il risultato desiderato non è definibile anticipatamente a causa del diverso effetto del trattamento su ogni paziente.

**Mi impegno** a seguire fedelmente, al meglio delle mie possibilità, le istruzioni del medico prima, durante e dopo il trattamento di cui sopra.

**Certifico** di non avere alterato o nascosto le informazioni relative al mio stato di salute, alla mia storia clinica e chirurgica pregressa, allergie, malattie o condizioni di rischio personali.

Alle domande da me poste, la dr.ssa Salemi ha fornito risposte comprensibili e esaustive. Sono stato/a inoltre informato/a su possibili trattamenti alternativi presenti sul mercato.

Tutto ciò premesso **autorizzo** il Medico Specialista ad effettuare il trattamento. Tale consenso è libero da pressioni e revocabile in qualsiasi momento.

Trieste, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/la paziente-Tutore/Genitore

Il Medico Specialista

Concedo espressamente il mio consenso al Medico Specialista a fare foto della zona trattata del mio corpo per scopi scientifici, didattici o medici che saranno trattate in maniera del tutto anonima.

Il/la paziente-Tutore/Genitore

Il Medico Specialista