

CONSENSO INFORMATO PER CRIOLIPOLISI

Il trattamento

La criolipolisi **cooltech**[®] 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. Le apparecchiature ed i materiali utilizzati per il trattamento sono stati autorizzati per un uso in medicina estetica e hanno la marcatura CE, inoltre, per ogni applicazione viene utilizzato il telino monouso con membrana protettiva antigelo.

Controindicazioni

Non devono sottoporsi alla procedura **cooltech**[®] le persone che presentano una delle seguenti condizioni, patologie:

- 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

Sede Legale: via Rossetti 62 - Sedi Operative: via Mascagni 3/1, via Udine 11 - Trieste

Capitale Sociale Euro 34.969 interamente versato - CF, Iscr. Reg. Imprese di TS e P.IVA n. IT01223070325
REA TS 133864 IBAN IT27Z0306902209100000005233 presso CariFVG. **Codice Destinatario** del Sistema di Interscambio: **MSUXCR1**

- 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.

Possibili rischi e complicanze

La scienza medica descrive i seguenti rischi e complicanze come inerenti e conseguenti al trattamento di criolipolisi:

- 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 (occasionale)
- 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.
- Iper-pigmentazione transitoria post-infiammatoria nella zona trattata.
- Iperplasia adiposa paradossa (PAH) è un evento avverso raro dopo la criolipolisi. In questa condizione, l'area trattata diventa più grande piuttosto che più piccola nelle settimane successive alla procedura, lasciando una "massa indolore, visibilmente ingrandita, soda, ben demarcata" sotto la pelle. Sulla base dei dati dei ricercatori statunitensi dr Kelly e Rodríguez-Feliz pubblicati sul sito Web di Plastic and Reconstructive Surgery, si stima che la PAH si verifichi in 1 ogni 138 cicli di trattamento, con un'incidenza dello 0,72% (mentre i dati forniti dal produttore evidenziano un'incidenza inferiore pari allo 0,025, ovvero 1 ogni 4000 trattamenti).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

In considerazione di quanto esposto, **dichiaro**

- Di non trovarmi in nessuna delle condizioni descritte sotto la voce "controindicazioni" e ciò è stato da me verificato con l'ausilio del mio medico di fiducia.
- Di essere stato informato/a in modo comprensibile sulla procedura di criolipolisi ed in particolare 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

Sede Legale: via Rossetti 62 - Sedi Operative: via Mascagni 3/1, via Udine 11 - Trieste

Capitale Sociale Euro 34.969 interamente versato - CF, Iscr. Reg. Imprese di TS e P.IVA n. IT01223070325
REA TS 133864 IBAN IT27Z0306902209100000005233 presso CariFVG. **Codice Destinatario** del Sistema di Interscambio: **MSUXCR1**



EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE

accreditata S.S.N. - Trieste

Tel: 040 360430

Fax: 040 3724455

info@eutoniasanitaasalute.it

www.eutoniasanitaasalute.it

- 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.
- Che alle domande da me poste, la dr.ssa Salemi ha fornito risposte comprensibili e esaustive

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.

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

Trieste, _____

Dati anagrafici _____

(COGNOME E NOME DEL PAZIENTE/TUTORE/GENITORE)

Firme _____

Il/la paziente-Tutore/Genitore

Il Medico Specialista

FACOLTATIVAMENTE:

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

Sede Legale: via Rossetti 62 - Sedi Operative: via Mascagni 3/1, via Udine 11 - Trieste
Capitale Sociale Euro 34.969 interamente versato - CF, Iscr. Reg. Imprese di TS e P.IVA n. IT01223070325
REA TS 133864 IBAN IT27Z0306902209100000005233 presso CariFVG. **Codice Destinatario** del Sistema di Interscambio: **MSUXCR1**