

## **PREPARAZIONE CARBOSSITERAPIA CORPO**

**SIGLA:** CAR80

**DURATA DEL TRATTAMENTO:** circa 15 minuti

**INDICAZIONI:** adiposità, cellulite, psoriasi, follicolite, insufficienza circolatoria venosa ed arteriosa, insufficienza linfatica, flebiti, smagliature e cicatrici, biorevitalizzazione e lassità cutanea.

**MODI DI ESECUZIONE E TRATTAMENTO:** micropunture sottocutanee con apparecchi certificati per insufflare la carbossiterapia sterile.

**LOCALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO:** addome, braccia, avambracci, cosce, gambe e glutei.

### **INDICAZIONI PRIMA DEL TRATTAMENTO**

Il giorno del trattamento la pelle deve essere:

- ✓ pulita senza creme medicate sul corpo (creme per la cellulite ecc.)
- ✓ integra, senza infiammazioni o lesioni.

E' possibile mettere una crema idratante sul corpo.

**EFFETTI COLLATERALI:** possibile sensazione di fastidio, indolenzimento, dolore durante il trattamento, possibile comparsa di piccoli lividi in corrispondenza dei siti di iniezione.

**CONTROINDICAZIONI:** insufficienza respiratoria, insufficienza renale ed epatica, patologie cardiache ed insufficienza cardiaca, diabete, anemia grave, gravidanza, allattamento, trattamenti in corso con anticoagulanti ed inibitori dell'anidraasi carbonica.

**INDICAZIONI POST TRATTAMENTO:** i pazienti non devono, per almeno due giorni:

- ✓ prendere il sole;
- ✓ fare lampade;
- ✓ fare massaggi con creme medicate;
- ✓ evitare ambienti non igienici.

## CONSENSO INFORMATO CARBOSSITERAPIA

Nome e Cognome Paziente \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Dichiaro di avere ricevuto adeguata informazione dal Dott. Dima Stefan e di aver compreso le modalità, le controindicazioni, i possibili risultati, rischi, effetti collaterali ed eventuali alternative terapeutiche correlati al trattamento proposto di \_\_\_\_\_

In particolare, sono consapevole del fatto che la terapia potrebbe:

- non essere definitiva, completa, totale, il numero di sedute indeterminato;
- lasciare cicatrici, infezioni, sanguinamento, zone ipo ed ipercromiche, peggiorare i sintomi.

Dichiaro inoltre di:

- non avere insufficienza respiratoria, renale, epatica, cardiaca, patologie cardiache, diabete, anemia grave, in trattamento con anticoagulanti ed inibitori dell'anidrasi carbonica;
- non essere in stato di gravidanza o di allattamento;
- di aver informato il medico sullo stato di salute, farmaci o situazioni patologiche;
- aver preso visione dell'informativa cartacea relativa al trattamento prescritto, disponibile nella struttura e/o sul sito web [www.usi.it](http://www.usi.it) ;
- essere consapevole che il trattamento può essere interrotto in qualsiasi momento, su parere del personale sanitario o su mia personale richiesta;
- impegnarmi a rispettare i comportamenti prima e post-trattamento prescritti o indicati dal personale sanitario.

Sono stato inoltre informato che \_\_\_\_\_ giorni prima, non devo prendere sole (lampade U.V.) per un minimo \_\_\_\_\_ giorni dopo la fine della terapia.

Liberamente acconsento di essere sottoposto alle tecniche ritenute più idonee ed opportune al mio caso specifico e di rispettare le indicazioni diagnostiche e terapeutiche salvo controindicazioni.

Ciò premesso,  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO al trattamento.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma Paziente (o Genitore/Tutore): \_\_\_\_\_ Firma Medico \_\_\_\_\_