

## **PREPARAZIONE MESOTERAPIA E TRATTAMENTO REVITALIZZANTE VISO/CORPO**

**SIGLA:** MES3 (mesoterapia revitalizzante viso)  
REV12 (trattamento revitalizzante viso)  
REV11 (trattamento revitalizzante corpo)

**DURATA DEL TRATTAMENTO:** 20 minuti

**INDICAZIONI:** miglioramento della qualità del tessuto cutaneo e sottocutaneo del viso e del corpo.

**MODI DI ESECUZIONE E TRATTAMENTO:** micropunture sottocutanee.

**LOCALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO:** viso e corpo.

### **INDICAZIONI PRIMA DEL TRATTAMENTO**

Il giorno del trattamento la pelle deve essere:

- ✓ pulita senza creme medicate sul viso e sul corpo;
- ✓ integra, senza infiammazioni o lesioni.

E' possibile mettere una crema idratante sul viso e sul corpo.

**Solo per il trattamento del viso è' necessario presentarsi 40 minuti prima del trattamento, per mettere la crema anestetica.**

**EFFETTI COLLATERALI:** ematomi, ecchimosi, edemi, intorpidimento, lividi, infezioni e allergia.

**CONTROINDICAZIONI:** grave allergia e storia di allergia al prodotto. Disturbi emorragici, impianti nel derma con prodotti definitivi, farmaci antiaggreganti e anticoagulanti, gravidanza ed allattamento, malattie dermatologiche autoimmunitarie.

### **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;
- ✓ lavare e asciugare i capelli;
- ✓ eseguire attività fisica e sauna.

Per le 3 o 4 ore successive al trattamento è sconsigliato:

- ✓ sdraiarsi,
- ✓ fare movimenti eccessivi,
- ✓ mettere il casco;
- ✓ fumare.

**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE MEDIANTE INOCULAZIONE DI  
MESOTERAPIA E TRATTAMENTO REVITALIZZANTE VISO E CORPO**

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;
- creare, se pur raramente, chiazze, necrosi, ascessi, granulomi, ipersensibilità, noduli, indurimenti;
- provare, se pur eccezionalmente, trombosi, ischemia, asimmetria del viso.

Dichiaro inoltre di:

- non avere insufficienza respiratoria, renale, epatica, cardiaca, patologie cardiache, diabete, anemia grave, in trattamento con anticoagulanti;
- 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 \_\_\_\_\_