Studio medico / timbro

Anamnesi medica e consenso al trattamento iniettivo

Dati del cliente

Nome e cognome

Data di nascita

Telefono

Data

SCHEDA DEL PAZIENTE / CONSENSO AL TRATTAMENTO DI MEDICINA ESTETICA

Controindicazioni assolute ai trattamenti iniettivi

- Gravidanza e allattamento
- Malattie autoimmuni (tiroidite di Hashimoto, artrite reumatoide, lupus, sclerosi multipla)
- Tumori maligni (in fase attiva o in trattamento)
- Diabete scompensato
- Processo infiammatorio in atto, febbre o raffreddore
- Herpes in fase attiva o lesioni purulente o acneiche nella zona del trattamento
- Tendenza alla formazione di cheloidi
- Disturbi della coagulazione o farmaci anticoagulanti
- Allergia a ialuronidasi, veleno di imenotteri, proteine dell'uovo o lidocaina
- Farmaci immunosoppressori (ciclosporina, metotrexato, azatioprina)
- Tendenza all'herpes (per i trattamenti labiali è richiesta la profilassi con aciclovir)
- Filler permanenti nella zona del trattamento (ad esempio Aquamid)
- Cure odontoiatriche negli ultimi 14 giorni
- Voli previsti nelle 72 ore successive al trattamento
- Retinoidi (isotretinoina, tretinoina) negli ultimi 6 mesi

Indichi SÌ o NO. Nascondere informazioni può causare complicanze gravi, tra cui la necrosi dei tessuti e la perdita della vista.

Gravidanza o allattamento?	☐ Sì	☐ No
Malattie autoimmuni (tiroidite di Hashimoto, artrite reumatoide, lupus, sclerosi multipla)?	☐ Sì	☐ No
Diabete scompensato o patologie oncologiche?	☐ Sì	☐ No
Processo infiammatorio in atto, febbre o raffreddore?	☐ Sì	☐ No
Herpes in fase attiva o lesioni purulente nella zona del trattamento?	☐ Sì	☐ No
Tendenza a cheloidi o cicatrici ipertrofiche?	☐ Sì	☐ No
Disturbi della coagulazione o farmaci anticoagulanti?	☐ Sì	☐ No
Allergia a ialuronidasi, veleno di imenotteri, proteine dell'uovo o lidocaina?	☐ Sì	☐ No

Filler permanenti nella zona del trattamento (ad esempio Aquamid)? ☐ Sì ☐ No

Cure odontoiatriche negli ultimi 14 giorni? ☐ Sì ☐ No

Voli previsti nelle 72 ore successive al trattamento? ☐ Sì ☐ No

Retinoidi (isotretinoina, tretinoina) negli ultimi 6 mesi? ☐ Sì ☐ No

Assume farmaci immunosoppressori (ciclosporina, metotrexato, azatioprina)? ☐ Sì ☐ No

Ha tendenza all'herpes ricorrente (in particolare nella zona labiale)? ☐ Sì ☐ No

Si è già sottoposto a trattamenti con tossina botulinica (Botox)? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quando è stata l'ultima volta?

Ha avuto in passato complicanze dopo l'acido ialuronico? ☐ Sì ☐ No

Elenco di tutti i farmaci che assume abitualmente

⚠ AVVERTENZA ESSENZIALE: in Italia la somministrazione di tossina botulinica e di filler iniettivi è riservata al medico — e all'odontoiatra nell'ambito della propria competenza: la tossina botulinica è un medicinale soggetto a prescrizione medica e la sua somministrazione costituisce atto medico ai sensi della disciplina sulle professioni sanitarie. L'occlusione vascolare (embolia da acido ialuronico) può causare NECROSI DEI TESSUTI, PERDITA DELLA VISTA o ICTUS. In caso di sospetta occlusione acconsento a che venga chiamato immediatamente il 112 oppure a essere trasferito senza indugio a un pronto soccorso ospedaliero, perché un medico somministri la ialuronidasi.

DICHIARAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI — Il titolare del trattamento dei miei dati è _____, con sede in _____ e partita IVA _____. I trattamenti di medicina estetica sono eseguiti sotto la responsabilità di un medico, quindi la documentazione che ne deriva è documentazione sanitaria: i miei dati sulla salute sono trattati per finalità di diagnosi e cura da un professionista soggetto al segreto professionale (art. 9, par. 2, lett. h del GDPR, in combinato disposto con l'art. 2-septies del D.lgs. 196/2003 e con le misure di garanzia del Garante per i dati relativi alla salute). La documentazione è conservata per il tempo necessario alle finalità di cura e alla tutela dei diritti in sede giudiziaria; come riferimento si assume il termine ordinario di prescrizione di dieci anni previsto dall'art. 2946 del codice civile. Mi spettano i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità, nonché il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Il diritto alla cancellazione non si estende alla documentazione sanitaria che siamo tenuti a conservare.

Data

Firma del paziente (consenso e anamnesi)

Indicazioni post-trattamento e protocollo di emergenza

> INDICAZIONI POST-TRATTAMENTO E PROTOCOLLO DI EMERGENZA (SOS) — Le legga con attenzione e rispetti ogni punto. Non seguirle può comportare complicanze permanenti o una situazione di pericolo di vita.

1. PER 24 ORE: non tocchi né massaggi la zona delle punture, non si trucchi e non lavi il viso con sapone nella zona di iniezione; usi solo un detergente delicato.

- [ ] Capisco che non devo toccare né massaggiare la zona, né truccarmi, nelle 24 ore successive al trattamento

2. PER 48 ORE: assolutamente vietato l'alcol (aumenta il gonfiore e rallenta l'assorbimento), vietata l'attività fisica intensa e vietati sauna e bagni caldi.

- [ ] Mi impegno a non assumere alcol e a non fare attività fisica per 48 ore

3. PER 14 GIORNI: eviti sauna, lampade abbronzanti, freddo sotto i –5 °C, cure odontoiatriche, massaggi facciali intensi e trattamenti con correnti o ultrasuoni.

- [ ] Mi impegno a evitare sauna, lampade abbronzanti, freddo intenso e altri trattamenti incompatibili per 14 giorni

4. TOSSINA BOTULINICA (se somministrata): nelle 4 ore successive non si pieghi in avanti e non si sdrai in posizione orizzontale. Per 24 ore sono vietati l'attività fisica intensa e la sauna. L'effetto completo compare dopo 10-14 giorni.

- [ ] Ho compreso le indicazioni successive alla somministrazione di tossina botulinica (se pertinente)

5. 🧯 PROTOCOLLO DI EMERGENZA — OCCLUSIONE VASCOLARE: un PALLORE o una CIANOSI improvvisi della pelle, un dolore estremo, la comparsa di macchie o la perdita della vista sono SEGNALI DI ALLARME. Contatti IMMEDIATAMENTE lo studio oppure si rechi al pronto soccorso. La ialuronidasi è più efficace se somministrata il prima possibile, nelle prime ore: non aspetti il giorno dopo. In caso di qualsiasi disturbo della vista chiami subito il 112.

- [ ] Ho compreso il protocollo di emergenza: pallore della pelle, dolore e disturbi della vista impongono di contattare subito l'operatore o di recarsi al pronto soccorso
- [ ] *Presto il mio consenso informato al trattamento di medicina estetica proposto, conoscendone i rischi e le alternative*
- [ ] *Acconsento liberamente al trattamento dei miei dati sulla salute per valutare l'indicazione al trattamento ed eseguirlo in sicurezza (art. 9, par. 2, lett. a del GDPR)*

> INFORMAZIONE: lo studio La contatterà per seguire il Suo stato di salute dopo il trattamento; ciò costituisce legittimo interesse del titolare (art. 6, par. 1, lett. f del GDPR) e non richiede il Suo consenso.

- [ ] *CONSENSO PER FINALITÀ PROMOZIONALI: Acconsento liberamente e a titolo gratuito a che _____ utilizzi e diffonda fotografie del risultato del trattamento (senza mostrare il mio volto né dati che mi identifichino) per finalità promozionali, sui profili ufficiali del centro sui social network (tra gli altri Instagram e Facebook) e sul suo sito web. Posso revocare questo consenso in qualsiasi momento.*

DICHIARAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI — Il titolare del trattamento dei miei dati è _____, con sede in _____ e partita IVA _____. I trattamenti di medicina estetica sono eseguiti sotto la responsabilità di un medico, quindi la documentazione che ne deriva è documentazione sanitaria: i miei dati sulla salute sono trattati per finalità di diagnosi e cura da un professionista soggetto al segreto professionale (art. 9, par. 2, lett. h del GDPR, in combinato disposto con l'art. 2-septies del D.lgs. 196/2003 e con le misure di garanzia del Garante per i dati relativi alla salute). La documentazione è conservata per il tempo necessario alle finalità di cura e alla tutela dei diritti in sede giudiziaria; come riferimento si assume il termine ordinario di prescrizione di dieci anni previsto dall'art. 2946 del codice civile. Mi spettano i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità, nonché il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Il diritto alla cancellazione non si estende alla documentazione sanitaria che siamo tenuti a conservare.

Data

Firma del paziente (ricezione delle indicazioni, protocollo di emergenza e informativa privacy)