

MODULO DI CONSENSO AQUAMID®

Nome: _____

Indirizzo: _____

Data di nascita: _____ Telefono: _____

Attenzione: I pazienti che rispondono SÌ a una qualsiasi domanda evidenziata in ROSSO NON dovrebbero essere sottoposte al trattamento Aquamid®. Consultare sempre le Istruzioni per l'Uso.

Se il paziente presenta una qualsiasi delle condizioni mediche contrassegnate con un *, il medico che somministra il trattamento dovrà valutare l'idoneità del paziente a sottoporsi all'iniezione. Se il medico esprime parere favorevole, il paziente potrà sottoporsi all'impianto.

MEDICINALI

Attualmente assume:

- Antibiotici * Sì No
- Cortisone sistemico Sì No
- FANS, in maniera regolare Sì No
- Trattamenti anticoagulanti * Sì No
- Altri medicinali Sì No

Se sì, indicare cosa si assume e per quali indicazioni _____

- È allergico agli antibiotici? Sì No

ANAMNESI

Negli ultimi 6 mesi si è sottoposto a:

- interventi chirurgici? Sì No
- operazioni odontoiatriche importanti? Sì No

Soffre di una qualsiasi tra le seguenti malattie?

- Herpes attivo (labiale, facciale) Sì No
- Diabete * Sì No
- Acne attivo Sì No
- Psoriasi Sì No
- Malattie attive della pelle Sì No
- Malattie sistemiche * Sì No

Se sì, specificare quale/i _____

- Malattie autoimmuni Sì No

Se sì, specificare quale/i _____

- È incinta? Sì No
- È in allattamento? Sì No

TRATTAMENTI PRECEDENTI

Si è mai sottoposto a trattamenti con filler riassorbibili? (Restylane, Perlane, Juvederm, ecc.) * Sì No

Se sì: Quando? _____

Per quali indicazioni? _____

Ha avuto problemi con il trattamento? * Sì No

Se sì, specificare quale/i _____

Si è mai sottoposto a trattamenti con filler permanenti? (ArteFill, Dermalive, Silicone, Bioalcamid, Sculptra, ecc.) * Sì No

Se sì: Quando? _____

Per quali indicazioni? _____

Ha avuto problemi con il trattamento? Sì No

Se sì, specificare quale/i _____

Non iniettare Aquamid® in un'area dove sia già presente un altro filler o impianto permanente. Se un filler riassorbibile è stato iniettato nell'area, attendere fino al riassorbimento completo (almeno 6 mesi) prima di iniettare Aquamid®.

Il/la sottoscritta/a _____ autorizza _____
(Nome della paziente) (Nome del medico)

ad eseguire una o più iniezioni di Aquamid® per l'aumento di _____
(Indicazioni)

CONSENSO

Sono pienamente consapevole che l'impianto Aquamid®, un idrogel iniettabile contenente acqua apirogena per il 97,5% e poliacrilammide reticolato per il 2,5%, produce un risultato a lungo termine e che questo prodotto non è riassorbibile o asportabile senza rischi di cicatrici visibili.

I dettagli della procedura mi sono stati spiegati in termini pienamente comprensibili. I metodi alternativi e i loro vantaggi e svantaggi mi sono stati ugualmente illustrati.

Dichiaro inoltre di essere stato pienamente informata dei vantaggi e dei rischi, generali e specifici, e delle complicanze immediate e a lungo termine che questa procedura può comportare.

- Il medico è pienamente a conoscenza della mia anamnesi.
- Il medico è a conoscenza di tutti i medicinali che sto assumendo attualmente.
- Dichiaro di non essermi sottoposto in passato a interventi con filler permanenti nell'area da trattare, e che non ho ricevuto iniezioni di filler riassorbibili nell'area interessata negli ultimi 6 mesi.
- Al momento non sono incinta, né in allattamento.

Il medico ha risposto a tutte le mie domande su questa procedura.

Soddisfatto delle informazioni ricevute, e dopo un periodo sufficiente per una valutazione equilibrata, acconsento a questa procedura con l'uso di Aquamid® che mi viene proposta.

Data: _____

Firma del paziente: _____

Firma del medico: _____

Indicazione: _____

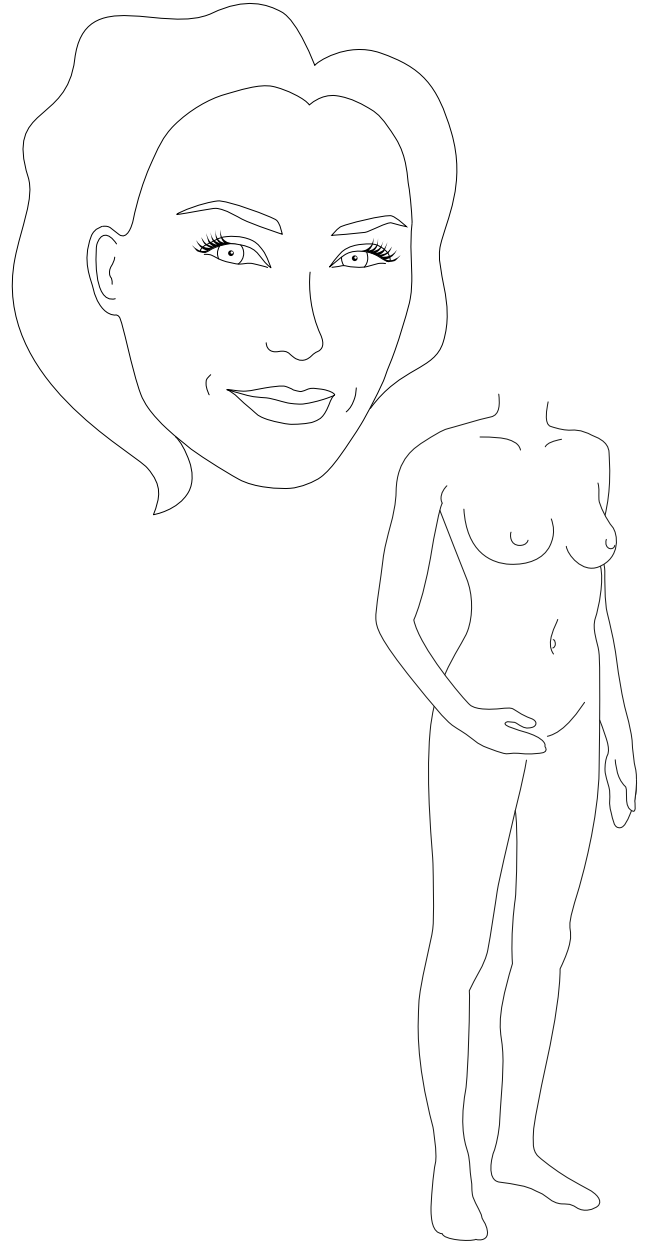
Volume iniettato: _____

Data: _____

Firma del medico: _____

Incollare qui
l'adesivo con
il numero di
lotto Aquamid®
presente sulla
siringa

INDICAZIONI



Indicazione: _____

Volume iniettato: _____

Data: _____

Firma del medico: _____

Incollare qui
l'adesivo con
il numero di
lotto Aquamid®
presente sulla
siringa

Attenzione:

- Le iniezioni possono causare reazioni temporanee e localizzate, inclusi leggero rossore, ruvidezza, gonfiore, formazione di ematomi, prurito e dolore moderato.
- Come in ogni procedura percutanea, esiste un leggero rischio di infezione iniettando Aquamid®.
- Se persistono sintomi quali sensazione di formicolio, gonfiore o arrossamento, si dovrà sempre sospettare una leggera infezione batterica.
- Non **trattare** con corticosteroidi e/o FANS, dal momento che potrebbero prolungare e/o aggravare i sintomi.

Il/la sottoscritta/a _____ autorizza _____
(Nome della paziente) (Nome del medico)

ad eseguire una o più iniezioni di Aquamid® per l'aumento di _____
(Indicazioni)

CONSENSO

Sono pienamente consapevole che l'impianto Aquamid®, un idrogel iniettabile contenente acqua apirogena per il 97,5% e poliacrilammide reticolato per il 2,5%, produce un risultato a lungo termine e che questo prodotto non è riassorbibile o rimovibile senza rischi di cicatrici visibili.

I dettagli della procedura mi sono stati spiegati in termini pienamente comprensibili. I metodi alternativi e i loro vantaggi e svantaggi mi sono stati ugualmente illustrati.

Dichiaro inoltre di essere stato pienamente informata dei vantaggi e dei rischi, generali e specifici, e delle complicanze immediate e a lungo termine che questa procedura può comportare.

- Il medico è pienamente a conoscenza della mia anamnesi.
- Il medico è a conoscenza di tutti i medicinali che sto assumendo attualmente.
- Dichiaro di non essermi sottoposto in passato a interventi con filler permanenti nell'area da trattare, e che non ho ricevuto iniezioni di filler riassorbibili nell'area interessata negli ultimi 6 mesi.
- Al momento non sono incinta, né in allattamento.

Il medico ha risposto a tutte le mie domande su questa procedura.

Soddisfatto delle informazioni ricevute, e dopo un periodo sufficiente per una valutazione equilibrata, acconsento a questa procedura con l'uso di Aquamid® che mi viene proposta.

Data: _____

Firma del paziente: _____

Firma del medico: _____

Indicazione: _____

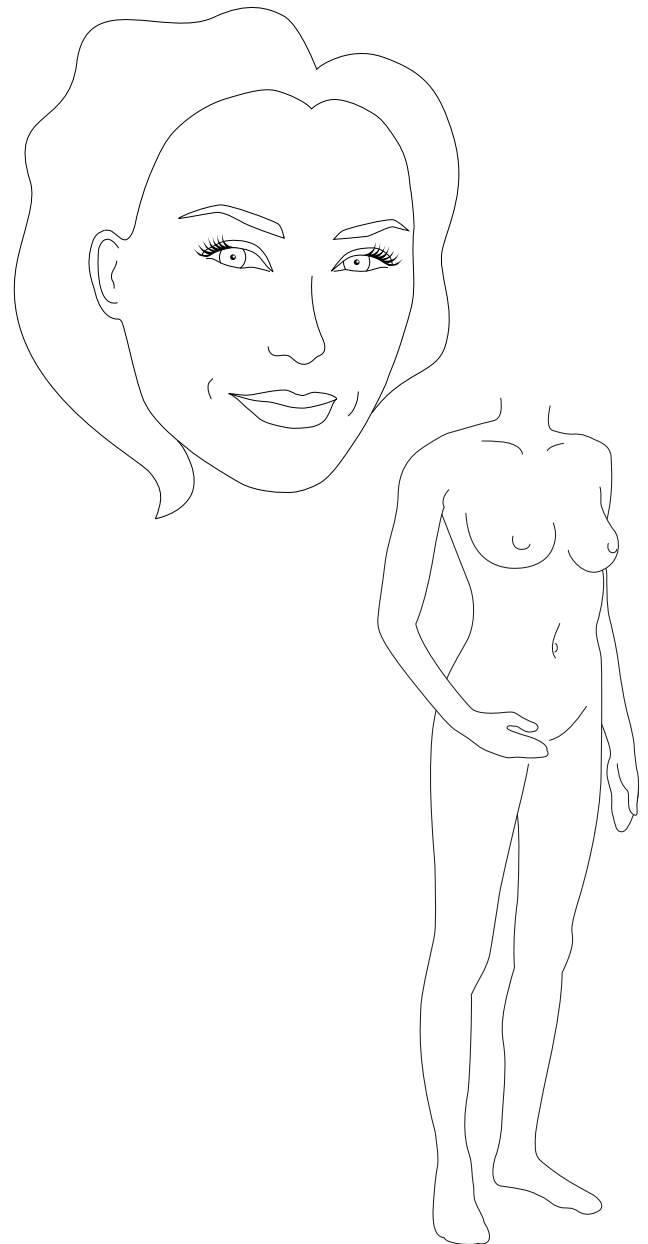
Volume iniettato: _____

Data: _____

Firma del medico: _____

Incollare qui
l'adesivo con
il numero di
lotto Aquamid®
presente sulla
siringa

INDICAZIONI



Indicazione: _____

Volume iniettato: _____

Data: _____

Firma del medico: _____

Incollare qui
l'adesivo con
il numero di
lotto Aquamid®
presente sulla
siringa

Attenzione:

- Le iniezioni possono causare reazioni temporanee e localizzate, inclusi leggero rossore, ruvidezza, gonfiore, formazione di ematomi, prurito e dolore moderato.
- Come in ogni procedura percutanea, esiste un leggero rischio di infezione iniettando Aquamid®.
- Se persistono sintomi quali sensazione di formicolio, gonfiore o arrossamento, si dovrà sempre sospettare una leggera infezione batterica.
- Non **trattare** con corticosteroidi e/o FANS, dal momento che potrebbero prolungare e/o aggravare i sintomi.



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

Grazie per aver scelto Aquamid®. Insieme al suo medico, vorremmo offrirle alcuni consigli per assicurarle i migliori risultati e per evitare possibili complicanze, come lividi o infezioni intorno all'area di intervento.

DOPO L'INIEZIONE

È importante seguire le seguenti precauzioni per evitare qualunque genere di complicanza.

- Non toccare l'area dell'iniezione per almeno 6 ore
- Non applicare trucco o prodotti per la cura della pelle il giorno dell' iniezione
- Non depilarsi il giorno dell'iniezione
- Non praticare fori o applicare ceretta sull'area dell'iniezione
- Se l'iniezione è stata eseguita sulle labbra o vicino alla bocca, non baciare durante le 24 ore successive all'iniezione
- Evitare l'esposizione diretta alla luce del sole (inclusi solarium e altri sistemi di abbronzatura) e condizioni di freddo estremo nelle prime 4 settimane successive all'iniezione. Evitare scottature e geloni nell'area dell'iniezione di Aquamid®
- Evitare interventi chirurgici e operazioni odontoiatriche importanti 6 mesi prima e dopo l'iniezione. Nella necessità di interventi chirurgici od operazioni odontoiatriche serie dopo l'iniezione, si raccomanda un trattamento antibiotico
- Non sottoporsi a laser, ceretta, rimozione o rigenerazione della pelle, tatuaggi sulle labbra, pigmentazione, sbiancamento dei denti con raggi UV o altri trattamenti estetici fino al completo risanamento della pelle – almeno per 6 mesi

AVVERTENZE

Aquamid® è un filler a lunga durata. Per non iniettare una quantità eccessiva di Aquamid®, può essere necessario effettuare più procedure a intervalli di almeno due settimane per ottenere i risultati migliori. Il Suo medico o la Sua clinica saranno in grado di consigliarla sul trattamento più opportuno.

Come con qualsiasi iniezione, potrebbero verificarsi reazioni topiche, inclusi leggero arrossamento, ruvidezza, gonfiore, formazione di ematomi, prurito e dolore moderato nell'area dell'intervento. È la normale, momentanea risposta dell'organismo. L'idrogel Aquamid® è atossico e anallergico. Tuttavia, è possibile che nonostante tutte le precauzioni e il trattamento esperto del suo medico, si verifichino delle complicanze.

Se la reazione topica non scompare, e sperimenta persistente senso di formicolio, gonfiore o arrossamento, potrebbe essere in corso un'infezione locale, da curare con un immediato trattamento antibiotico. Dovrebbe quindi consultare il medico o la clinica che ha eseguito l'iniezione. Se ha dubbi sul trattamento, consulti il medico che ha eseguito l'iniezione. In caso di qualsiasi complicanza, non ricorra all'uso di corticosteroidi o FANS.

In casi molto rari il pazienti potrebbero sperimentare indurimenti, gonfiore e noduli che si presentano anni dopo l'iniezione e sono causati dalle conseguenze di un'infezione. Questo potrà comportare un'accresciuta sensibilità cutanea e dolore nell'area di impianto.

Porti sempre con sé questo modulo di consenso quando si rivolge al personale medico per il trattamento Aquamid a cui si è sottoposta. Ciò è particolarmente importante se si rivolge a personale medico diverso da quello che ha praticato l'iniezione.