

**INFORMATIVA SUGLI IMPIANTI DI FILLER
A BASE DI ACIDO IALURONICO**

Dr RAFFAELE RAUSO
Medico Chirurgo

chirurgiadellabrezza

Nome _____ Cognome _____

Premesso che L'acido ialuronico è un glicosaminoglicano presente nella matrice extracellulare del derma e in numerosi altri tessuti quali il corpo vitreo dell'occhio, le articolazioni, muscoli, il liquido sinoviale.

E' già presente nella cute fetale e si riduce progressivamente nell'adulto.

Nel derma svolge funzioni di "impalcatura di sostegno" in quanto legandosi ad altre sostanze forma complessi macromolecolari che conferiscono compattezza alla cute e di idratazione in quanto ha elevata capacità di legare l'acqua.

L'acido ialuronico usato per i filler, è di derivazione aviaria o batterica ed è immunologicamente inerte, atossico, biodegradabile e biorassorbibile.

Essendo una sostanza che va incontro a rapida degradazione, viene sottoposto a un processo di cross-linking che permette di migliorarne le proprietà viscoelastiche e la persistenza.

Il meccanismo d'azione consiste in un riempimento volumetrico immediato dovuto alle proprietà viscoelastiche del prodotto e nella sintesi ex-novo di collagene per stimolazione dei fibroblasti.

Non è necessario alcun test preliminare.

L'acido ialuronico è contenuto in siringhe preconfezionate già pronte all'uso e viene iniettato nel derma superficiale e medio.

Talora si consiglia l'applicazione di una sostanza anestetica locale, da applicare un'ora prima sull'area prevista di trattamento.

In alcuni casi viene eseguita un'anestesia loco-regionale con lidocaina in sedi particolarmente dolorose (ad esempio le labbra).

Prima di procedere al trattamento è necessario eseguire una disinfezione accurata dell'area da

trattare.

Le procedure che si utilizzano sono quelle della “tunnellizzazione”, in cui l’ago viene inserito quasi parallelamente alla superficie cutanea e il prodotto viene iniettato in fase di ritiro. In alcune sedi viene eseguita la tecnica a “micropomfi”, in cui l’inclinazione dell’ago è quasi perpendicolare alla superficie cutanea, e vengono eseguite microiniezioni lungo tutta la zona da trattare. Talora un’altra tecnica che si utilizza è quella “cross-linked”, in cui l’ago è quasi parallelo alla superficie cutanea, in direzione verticale e orizzontale, in modo da costituire un reticolo.

Dopo il trattamento viene applicata una pomata antibiotica locale e del ghiaccio per ridurre la formazione di ecchimosi.

La durata è in relazione al tipo di acido ialuronico che viene utilizzato, e in alcuni casi può essere necessaria una seconda correzione dopo 15-20 giorni dall’impianto. La durata dell’acido ialuronico può oscillare dai 3 mesi a un anno.

Ogni singola seduta ha una durata di 15-30 minuti e normalmente è possibile riprendere la propria attività lavorativa e sociale il giorno stesso del trattamento.

Indicazioni

Correzione delle rughe superficiali e profonde e dei solchi cutanei.

Aumento volumetrico delle labbra e degli zigomi e del mento.

Correzione delle cicatrici depresse.

Controindicazioni

Infezioni virali o batteriche in atto.

Gravidanza.

Eritema, bruciore, edema ed ecchimosi indotte dal trauma dell’iniezione, di solito risolutivi nel giro di 72 ore.

Complicanze e/o effetti collaterali

Reazioni di ipersensibilità al prodotto che si manifesta con edema, eritema e talora noduli granulomatosi persistenti per alcuni mesi.

Formazione di ascessi o cisti dolorose nel sito di iniezione con comparsa di noduli fluttuanti e drenanti verso l’esterno che necessitano di terapia antibiotica sistemica, steroidi intralesionali e talora svuotamento chirurgico. In tal caso possono permanere esiti cicatriziali. Necrosi della glabella per compressione vascolare da parte dell’impianto.

Modulo di consenso informato

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito Pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso contattando direttamente il Dr Raffaele Rauso al numero di studio che le verrà fornito unitamente al cellulare personale del sanitario.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Preso atto di quanto sopra richiamato confermo che il Dr. Raffaele Rauso mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a essa connessi e le eventuali alternative possibili, nonché di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto possibilità di discuterne il testo.

Sono in particolare stato informato che subito dopo il trattamento si avrà la comparsa di eritema, edema e talora ecchimosi nella sede di iniezione, che si autorisolvono nell'arco di 72 ore.

Sono al corrente che in rari casi si può avere un eritema persistente, edema e la presenza di noduli granulomatosi che possono perdurare anche alcuni mesi.

Sono stato messo a conoscenza che in casi eccezionali si può avere la formazione di ascessi che necessitano di terapia antibiotica sistemica, di iniezione di cortisonici e di svuotamento chirurgico e

che in seguito a tale complicità si possono avere esiti cicatriziali; sono altresì reso edotto che in caso di iniezioni effettuate nell'area glabellare si può avere una necrosi della zona per compressione vascolare da parte dell'impianto.

Inoltre sono stato messo al corrente che tale procedura può determinare rischi o complicanze per cause non inerenti al buon operato dal medico e che non mi sono state fornite garanzie precise circa il risultato che otterrò con questo trattamento. In particolare mi è stato chiarito come l'esposizione ai raggi ultravioletti nelle due settimane successive alla procedura sia da evitare così come da evitare sono tutte le manovre traumatizzanti (i.e. sfregamento della zona trattata, utilizzo di detergenti inadeguati) che aumentano il rischio di effetti collaterali e sequele.

Mi sono state segnalate le procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi, i rischi e i benefici e le eventuali limitazioni strutturali della struttura ove il Dr Raffaele Rauso presta il suo operato professionale e sono consapevole di averle comprese e rifiutate.

Consento al Dr. Raffaele Rauso ed eventualmente ai suoi collaboratori di acquisire immagini cliniche della mia persona prima, durante e dopo l'esecuzione del filler con acido ialuronico. Comprendo la necessità da parte del sanitario di documentare il suo operato allo scopo di poter disporre di un riscontro obiettivo della situazione precedente all'impianto e di quelli ottenuti dopo tale procedura e a distanza di tempo.

Acconsento all'utilizzazione per scopi scientifici ed educativi, delle suddette immagini nel pieno rispetto della legge sulla privacy (D. Lgs. 193/2003 www.privacy.it/codiceprivacy.html e successive modifiche)

Acconsento all'utilizzazione per scopi scientifici ed educativi delle suddette immagini.

Il Dr. Raffaele Rauso è a disposizione per qualunque ulteriore informazione ed urgenza al cellulare sopraindicato ed ivi riportato (347.3901789).

Mi viene confermato che sarà presente durante l'esecuzione della procedura personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Certifico di essere maggiorenne. Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmerà unitamente a me il presente modulo dopo aver ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Data ricezione informativa e modulo consenso informato

Firma del Paziente

Firma del Medico

Data firma consenso informato

Firma ed espressione del giudizio del Paziente in merito alla qualità d'informazioni ricevute:

Giudizio:

Data:

Firma Paziente