



Studio Dr. Pietro Verri

Odontoiatra e Protesista Dentale • Perfezionato in Parodontologia Clinica e Peri-Implantologia

Via Colonnello Elia 34/A, Borgagne (LE) • Via Clementina Palma 70, Maglie (LE) • Tel. 328 837 4617

info@studioverri.com • www.studioverri.com • Iscr. Albo Odontoiatri Lecce n. 545

CONSENSO INFORMATO — MEDICINA ESTETICA

Tossina botulinica • Filler • Biorivitalizzazione • Needling • Radiofrequenza • Laser • HIFU

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Telefono / Email	

TRATTAMENTO PROPOSTO

Trattamento/i previsto/i in questa seduta (barrare):

- ☐ Tossina botulinica di tipo A — sede: _____
- ☐ Filler con acido ialuronico — sede: _____
- ☐ Biorivitalizzazione / skinbooster — sede: _____
- ☐ Microneedling — sede: _____
- ☐ Radiofrequenza — sede: _____
- ☐ Laser — sede: _____
- ☐ Ultrasuoni focalizzati HIFU — sede: _____
- ☐ Trattamento del sorriso gengivale con tossina botulinica
- ☐ Trattamento di cicatrici / inestetismi periorali — sede: _____

Prodotto e lotto utilizzato	
Quantità / unità somministrate	
Data del trattamento	
Medico esecutore	

DESCRIZIONE SINTETICA

I trattamenti di medicina estetica del volto sono procedure ambulatoriali mini-invasive finalizzate al miglioramento dell'aspetto estetico e alla correzione degli inestetismi cutanei. La tossina botulinica riduce temporaneamente la contrazione dei muscoli mimici. I filler con acido ialuronico ripristinano volumi e correggono rughe e depressioni. La biorivitalizzazione migliora l'idratazione e la qualità della pelle. Microneedling, radiofrequenza, laser e HIFU stimolano la produzione di collagene con meccanismi diversi (micro-lesioni controllate, calore dermico, energia luminosa, ultrasuoni focalizzati in profondità). I risultati sono temporanei e richiedono sedute di mantenimento.

PRINCIPALI RISCHI E COMPLICANZE

- **arrossamento, gonfiore, ematomi, lieve dolore o bruciore nella sede trattata; risoluzione in pochi giorni** Comuni e transitori:
- **asimmetria del sorriso o delle sopracciglia, ptosi palpebrale transitoria (risoluzione in settimane), cefalea** Tossina botulinica:
- **noduli o irregolarità palpabili, edema prolungato, migrazione del prodotto, reazione granulomatosa tardiva** Filler:
- **occlusione vascolare con necrosi cutanea o, eccezionalmente, complicanze visive; richiede intervento immediato** Rischio raro ma grave (filler):
- **alterazioni transitorie della pigmentazione, ustioni superficiali, riattivazione di herpes labiale** Needling / laser / radiofrequenza / HIFU:

- **infezione, reazione allergica, risultato estetico non conforme alle aspettative** Comune a tutte le tecniche:

CONTROINDICAZIONI DA COMUNICARE

- Gravidanza o allattamento (controindicazione assoluta a tutti i trattamenti)
- Malattie neuromuscolari (miastenia gravis, Eaton-Lambert) per la tossina botulinica
- Terapia anticoagulante o antiaggregante · Malattie autoimmuni · Immunodepressione
- Infezioni cutanee attive nella sede · Herpes labiale in fase attiva · Cheloidi
- Allergie note ai prodotti · Filler permanenti pregressi nella stessa sede
- Pacemaker o dispositivi impiantabili (radiofrequenza) · Protesi metalliche nell'area (HIFU)



SCANSIONA

Informativa estesa disponibile online

<https://www.studioverri.com/consensi/medicina-estetica-esteso.pdf>

La versione completa del consenso — con la descrizione dettagliata di ciascun trattamento, i rischi specifici, le controindicazioni e le alternative — è consultabile inquadrando il QR code o richiedendola in studio.

DICHIARAZIONE E CONSENSO

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto informazioni chiare e comprensibili sul trattamento proposto, sui risultati attesi e sulla loro natura temporanea, sui rischi e sulle alternative; di aver comunicato fedelmente il proprio stato di salute, le terapie in corso, le allergie e gli eventuali trattamenti estetici pregressi; di aver compreso che il risultato estetico non è garantibile e può richiedere ritocchi o sedute aggiuntive; di poter revocare il consenso in qualsiasi momento (L. 219/2017).

- ☐ Autorizzo l'esecuzione di fotografie cliniche pre e post-trattamento per finalità di documentazione sanitaria
- ☐ Autorizzo l'utilizzo delle immagini, in forma anonima, per finalità didattiche o divulgative

☐ ACCONSENTO all'esecuzione del trattamento ☐ NON ACCONSENTO

Data e luogo: _____

Firma del/della Paziente: _____

Firma del Medico esecutore: _____

Trattamento dati: art. 9 GDPR 2016/679, esclusivamente per finalità di cura. Documento redatto ai sensi della L. 219/2017.