



## CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

### Dichiarazione di ricevuta informazione e CONSENSO INFORMATO PER MESOTERAPIA

Modalità di esecuzione della mesoterapia: introduzione di minime quantità di farmaco mediante un'iniezione, con un ago di circa 4 mm di lunghezza, del derma corrispondente alle zone affette dalla patologia da trattare.

#### Possibili effetti indesiderati

Dolore indotto dall'ago: nelle sedi delle iniezioni si può percepire un momentaneo dolore che scompare rapidamente.

Dolore indotto dal farmaco: nelle sedi delle iniezioni si può percepire una temporanea sensazione di bruciore-dolore che varia da soggetto a soggetto, e dipende dal farmaco utilizzato.

#### Vantaggi della mesoterapia

Uso di minore quantità di farmaco con riduzione degli effetti collaterali a livello sistemico; localizzazione del farmaco nella sede più vicina alle parti da trattare; ridotta frequenza di assunzione della terapia.

#### Possibili complicanze

A livello locale, ecchimosi, sanguinamento, atrofia cutanea da cortisone, reazione allergica, infezione. A livello generale, reazione allergica.

Al fine di ridurre il rischio di complicanze, il medico - prima di iniziare il ciclo di cure - raccoglie l'anamnesi del paziente, il quale deve fornire in modo veritiero e completo le informazioni richieste in ordine al proprio stato di salute. Il paziente è tenuto a riferire al medico ogni sintomo avvertito dopo le sedute; il medico è a disposizione per ogni atto finalizzato a ridurre l'esito di eventuali complicanze.

#### Ulteriori avvertenze per il paziente

Dopo le sedute di mesoterapia, per almeno 24/48 ore dal trattamento:

- non strofinare la pelle, né massaggiarla, né applicare creme e/o pomate;
- non assumere alcolici;
- non surriscaldare le parti trattate (evitare sole, bagni turchi, saune, docce molto calde e prolungate);
- non esporsi a trattamenti abbronzanti; - non sottoporsi ad esercizi fisici intensi.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

di aver fornito al Medico Specialista tutte le informazioni sullo stato di salute, di aver ricevuto dal **Medico Specialista** spiegazioni chiare e comprensibili circa le modalità, le indicazioni, le controindicazioni relative ed assolute del trattamento proposto ed i rischi da esso derivanti. Dichiaro, inoltre, di averne ben compreso il significato.

Marzo 2023



Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa  
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli  
Sede Legale: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833  
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. €200.000,00 I.V.  
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it



## CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

Sulla base delle informazioni ricevute, il/la sottoscritto/a:

**Acconsente**

**Non acconsente**

all'esecuzione del trattamento sopra indicato con

**Muscoril 4 mg/2 ml**

**Lidocaina cloridato**

**Trental 100 mg/5 ml**

**Artrosilene 160 mg/2 ml**

Data, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma del Paziente**

\_\_\_\_\_

### Spazio a cura del Medico

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ confermo di aver reso edotto il paziente circa la cura proposta, la natura e lo scopo del trattamento con particolare riferimento alle modalità, benefici ed ai rischi ad esso connessi; di aver risposto esaurientemente alle domande poste dallo stesso e di averne verificato la comprensione delle informazioni ricevute.

**Indicazione del lotto** (riportare il numero del lotto, eventuale scadenza o apporre direttamente l'etichetta nello spazio sottostante).

ETICHETTA  
LOTTO

Luogo \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico**

\_\_\_\_\_

Marzo 2023



Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon  
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa  
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli  
Sede Legale: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833  
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscriz. al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. €200.000,00 I.V.  
www.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it