



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO FILLER

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

Centro Medico Rinascimento
Via Braccianese Claudia 58/a
000062 Bracciano RM
Tel 06 86661332
Info@centromedicatorinascimento.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	___/___/___		
Doc. d'identità		n.		del	___/___/___
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome del medico)					
Effettuato il	___/___/___	Relativamente al seguente atto sanitario proposto: (barrare la casella del trattamento da effettuare)			

TRATTAMENTO DI FILLER INTRADERMICO O FILLER SOTTOCUTANEO NON PERMANENTI INFORMAZIONI GENERALI SUL TRATTAMENTO

Il Dermal e l'Ipodermal Filler (rispettivamente Filler intradermico e Filler sottocutaneo), rappresentano una tecnica medica iniettiva, che prevede l'inoculazione per via rispettivamente intradermica o sottocutanea di un filler labile (degradabile) e biocompatibile (composto da materiali compatibili con il tessuto umano) in genere a base di acido ialuronico (polisaccaride di origine animale o sintetica), collagene (proteina purificata di origine umana, bovina, porcina), idrossiapatite, ecc, nell'area specifica interessata al trattamento, allo scopo di poter creare un volume atto a compensare una ruga, una irregolarità o un'imperfezione cutanea o sottocutanea, o a migliorare l'aspetto dell'area richiesta, ricreando un'armonia ed una tridimensionalità per rendere più gradevole e/o più giovane l'aspetto. La degradazione di questi prodotti da parte dell'organismo, proprio perché biodegradabili, può essere totale in uno spazio variabile da alcuni giorni ad alcuni mesi, o addirittura a qualche anno. Questa variabilità di tenuta è legata sia alle caratteristiche individuali del prodotto sia a quelle e del soggetto ricevente e sono legate a molti fattori, che non sempre possono essere accertati preventivamente. I prodotti scelti per il trattamento hanno opportuna documentazione in letteratura scientifica e seguono nelle fasi di produzione e di distribuzione un iter legislativo secondo le regole previste dalla C.E. (Comunità Europea) ed imposte dalla legislazione italiana.

EFFETTI COLLATERALI

La via di somministrazione ed il prodotto scelto possono suscitare reazioni locali che si manifestano con eritema (rossore), edema (rigonfiamenti), ed anche con effetti legati al traumatismo indotto dall'ago con conseguenti ematomi (stravasi di sangue), che peraltro si risolvono nello spazio di poche ore o qualche giorno con o senza opportuna terapia medica. Raramente si possono avere reazioni allergiche, infezioni, formazioni granulomatose persistenti anche per lunghi periodi, ma che in genere sono risolvibili. In letteratura sono peraltro segnalati alcuni danni permanenti (necrosi cutanee, canalizzazioni anomale del



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO FILLER

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

prodotto in arterie terminali con embolia e conseguenze gravi come la cecità). In caso di trattamento dell'area gabbellare (tra le sopracciglia), è possibile che si verifichi una escara (crosta) con necrosi della zona per compressione vascolare da parte dell'impianto. Il trattamento con filler, può essere gravato eccezionalmente da complicanze, che in circostanze molto rare potrebbero creare danni non facilmente risolvibili o addirittura permanenti. Sono stato messo a conoscenza che nei giorni successivi al trattamento potrò avere ematomi, arrossamenti, edema che si attenuano fino a scomparire in un periodo che va dai 3 ai 10 giorni, questi effetti potrebbero essere più accentuati o durare per un periodo maggiore di quanto sopra esposto.

CONTROINDICAZIONI

Il trattamento è controindicato in caso di malattie cutanee della zona da trattare, infezioni virali o batteriche in atto della zona da trattare, malattie cutanee di natura autoimmune, o in caso di gravidanza ed allattamento. Il trattamento è inoltre controindicato in caso di precedenti reazioni

avverse all'acido ialuronico o in presenza nel tessuto da trattare di materiali permanenti o di natura non conosciuta.

INDICAZIONI PRE E POST TRATTAMENTI

La procedura può determinare rischi o complicanze per cause non inerenti al buon operato del medico, pertanto non possono essere fornite garanzie precise circa l'esito che si può ottenere con questo trattamento ed in particolare sulla durata di efficacia del medesimo, in quanto molti fattori possono contribuire al precoce degrado del prodotto. Andranno seguite scrupolosamente tutte le istruzioni pre e post trattamento con filler fornitemi, in quanto sono fondamentali per l'ottenimento dell'esito e sarà necessario dichiarare al medico senza riserve il proprio stato di salute, eventuali allergie o intolleranze, eventuali trattamenti medico estetici o chirurgici effettuati precedentemente nell'area di impianto o nelle aree circostanti, così come l'aver utilizzato altre tipologie di filler che potrebbero essere responsabili di un evento avverso, al fine di permettere al medico di valutare eventuali controindicazioni al trattamento. E' assolutamente sconsigliata l'esposizione diretta ai raggi ultravioletti (esposizione solare, lampade) come al calore (docce molto calde, saune e bagni turchi) o al freddo intenso nelle quattro settimane successive al trattamento così come da evitare sono tutte le manovre traumatizzanti (sfregamento della zona trattata, gommage, brushing, terapie estetiche ecc), l'utilizzo di detergenti o cosmetici inadeguati che possono aumentare il rischio di effetti collaterali ed alterare il risultato terapeutico prefissato. E' peraltro sconsigliata l'assunzione in quantitativi significativi di alcolici e super alcolici per un periodo di 10-14 giorni. Dovranno essere illustrate dal medico le caratteristiche cutanee e del fototipo, le relative precauzioni specifiche che dovrà avere prima e dopo il trattamento. E' possibile l'eventualità di dover ripetere i trattamenti per conseguire l'esito atteso. Per qualsiasi effetto collaterale prolungato o problematiche relative all'esito, sarà opportuno contattare il medico per effettuare una visita di controllo.

PROCEDURE ALTERNATIVE E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Il Medico le illustrerà le procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi, i rischi e i benefici. La qualità degli esiti clinici del trattamento non è valutabile a priori, e non possono essere fornite garanzie precise circa il risultato ottenibile con questo trattamento, in quanto la risposta e le condizioni individuali possono essere essenziali nel determinarne la risposta clinica del paziente trattato.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO FILLER

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

DICHIARO CHE:

- ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle mie condizioni cliniche, sul trattamento proposto, i suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche;
- ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto che mi è stato illustrato e spiegato durante il colloquio
- sono stato informato sulle possibili complicanze connesse al trattamento che andrò ad effettuare;
- sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi trattamento proposto
- sono inoltre a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento

☐ **ACCETTO** quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto

☐ **NON ACCETTO**, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure

☐ **REVOCA (compilare in caso di)**
(data) _____

Firma _____

Data

Firma della persona assistita

Firma del medico

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome ed estremi
documento testimone

Firma

Nome Cognome ed estremi
documento testimone 2

Firma

Etichetta e/o descrizione del Dispositivo
medici iniettabili con lotto e scadenza