



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO BIORIMODELLAMENTO

(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

00062 Bracciano RM

Tel 06 86661332 – 0696741131

Whatsapp 3332211574 - 3892089338 - 3275586281

Info@centromedico Rinascimento.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 le eventuali caselle del trattamento da effettuare)		

INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTO DI BIORIMODELLAMENTO CUTANEO

Il biorimodellamento cutaneo è un trattamento medico iniettivo non chirurgico che prevede la somministrazione intradermica o sottocutanea di sostanze biocompatibili e riassorbibili (generalmente a base di acido ialuronico ad alta purezza o complessi bio-rializzanti), con lo scopo di migliorare la qualità della pelle.

A differenza dei filler volumizzanti, il biorimodellamento non ha come obiettivo principale l'aumento di volume, ma agisce stimolando i processi biologici cutanei, favorendo:

- idratazione profonda;
- elasticità e tonicità cutanea;
- miglioramento della texture della pelle;
- effetto di rimodellamento e ringiovanimento globale.

Il trattamento viene eseguito mediante microiniezioni in punti specifici dell'area da trattare (es. viso, collo, décolleté, mani, corpo).

La durata dell'effetto è variabile e dipende da fattori individuali (età, stile di vita, metabolismo, caratteristiche cutanee) e dal tipo di prodotto utilizzato. Generalmente sono necessari più trattamenti per ottenere e mantenere il risultato.

I prodotti utilizzati sono conformi alle normative vigenti e dotati di marcatura CE.

EFFETTI COLLATERALI

Il trattamento può determinare reazioni locali temporanee, quali:

- arrossamento (eritema);
- gonfiore (edema);
- dolore o fastidio nei punti di iniezione;
- piccoli ematomi.

Tali effetti sono generalmente transitori e si risolvono spontaneamente in pochi giorni.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO BIORIMODELLAMENTO

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

Rev.01 del 14.4.2026

Raramente possono verificarsi:

- infezioni;
- reazioni allergiche;
- noduli o irregolarità cutanee;
- reazioni infiammatorie persistenti.

Eventi avversi gravi sono estremamente rari, ma in letteratura sono descritti, seppur eccezionalmente, complicanze vascolari.

CONTROINDICAZIONI

Il trattamento è controindicato in caso di:

- infezioni cutanee in atto nella zona da trattare;
- patologie cutanee attive o autoimmuni;
- gravidanza o allattamento;
- ipersensibilità nota ai componenti del prodotto;
- presenza di filler permanenti o materiali non noti nella sede di trattamento.

INDICAZIONI PRE E POST TRATTAMENTO

Il paziente si impegna a:

- comunicare al medico eventuali patologie, allergie, terapie farmacologiche o trattamenti estetici precedenti;
- seguire scrupolosamente le indicazioni pre e post trattamento.

Dopo il trattamento è consigliato:

- evitare esposizione a sole, lampade UV, fonti di calore intenso (sauna, bagno turco) e freddo estremo per alcuni giorni/settimane;
- evitare massaggi o traumatismi nella zona trattata;
- limitare l'assunzione di alcolici nei giorni successivi;
- utilizzare prodotti adeguati secondo indicazione medica.

Il risultato non è garantito e può variare da individuo a individuo. Potrebbe essere necessario ripetere il trattamento.

PROCEDURE ALTERNATIVE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il medico ha illustrato eventuali trattamenti alternativi (es. filler, tossina botulinica, trattamenti laser o altri approcci medico-estetici), con relativi benefici e rischi.

DICHIARO CHE:

- di aver effettuato in data odierna un **colloquio medico informativo della durata di circa 15–20 minuti**, durante il quale il sanitario ha fornito informazioni esaurienti, comprensibili e personalizzate;
- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e aggiornate in merito alle proprie condizioni cliniche e al **trattamento di biorimodellamento cutaneo mediante infiltrazione di dispositivi a base di acido ialuronico e/o altri agenti biostimolanti**, incluse finalità (miglioramento della qualità cutanea, idratazione profonda, stimolazione dermica), modalità di esecuzione, benefici attesi e limiti della procedura;
- di essere stato/a informato/a sulle **eventuali alternative terapeutiche**, inclusa la possibilità di non sottoporsi ad alcun trattamento;
- di essere stato/a informato/a sulle **controindicazioni**, tra cui, a titolo esemplificativo: gravidanza e allattamento, infezioni o infiammazioni cutanee in sede di trattamento, patologie autoimmuni attive, allergie note ai componenti del prodotto, condizioni cliniche ritenute non idonee dal medico;
- di essere stato/a informato/a in modo completo circa i **possibili rischi, effetti indesiderati e complicanze**, che possono includere: edema, eritema, dolore o bruciore in sede di iniezione, ecchimosi, prurito, noduli o irregolarità cutanee temporanee, infezioni, reazioni infiammatorie o allergiche; nonché, seppur raramente, complicanze vascolari (es. occlusione vascolare) con possibili esiti anche rilevanti;
- di essere stato/a informato/a che i **risultati non sono garantiti in modo assoluto**, sono soggettivi e variabili, e che la durata degli effetti è **temporanea**, potendo rendersi necessari trattamenti di mantenimento;
- di aver avuto la possibilità di porre domande, ricevendo risposte esaurienti, e di aver compreso pienamente quanto illustrato;
- di essere consapevole della facoltà di **rifiutare o interrompere il trattamento** in qualsiasi momento;
- di essere consapevole della possibilità di **revocare il presente consenso** in qualsiasi momento prima dell'esecuzione della prestazione sanitaria, ai sensi della **Legge 22 dicembre 2017, n. 219**.

☐

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 _____



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO BIORIMODELLAMENTO

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

Rev.01 del 14.4.2026

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	

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

Nome Cognome testimone _____
Estremi documento _____ Firma _____

Nome Cognome testimone 2 _____
Estremi documento _____ Firma _____