



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO BIOSTIMOLAZIONE

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

REV.1 DEL 24.4.2026

Centro Medico Rinascimento

Via Braccianese Claudia 58/a

00062 Bracciano RM

Tel 06 86661332 – 0696741131

Whatsapp 3332211574 - 3892089338 - 3275586281

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 eventuali caselle del trattamento da effettuare)			

INFORMAZIONI GENERALI SUL TRATTAMENTO DI BIOSTIMOLAZIONE

La biostimolazione è un trattamento di medicina estetica che ha lo scopo di migliorare la qualità della pelle stimolando i naturali processi biologici di rigenerazione cutanea. Consiste nell'iniezione intradermica di sostanze biocompatibili e riassorbibili, quali acido ialuronico a basso peso molecolare, vitamine, aminoacidi, minerali e altri complessi rivitalizzanti.

Queste sostanze agiscono stimolando l'attività dei fibroblasti, favorendo la produzione di collagene, elastina e acido ialuronico endogeno, con conseguente miglioramento dell'idratazione, dell'elasticità e del tono cutaneo.

Il trattamento viene eseguito mediante microiniezioni superficiali con aghi sottili o microcannule. Il numero di sedute e la frequenza variano in base alle condizioni della pelle e agli obiettivi terapeutici.

FINALITÀ ED INDICAZIONI DEL TRATTAMENTO

La biostimolazione è indicata per:

- migliorare l'idratazione e la luminosità della pelle;
- contrastare i segni dell'invecchiamento cutaneo;
- migliorare il tono e l'elasticità dei tessuti;
- prevenire e trattare il fotoinvecchiamento;
- supportare la pelle dopo trattamenti estetici o esposizioni ambientali stressanti;
- migliorare la qualità della pelle di viso, collo, décolleté e mani.

Il trattamento non ha effetto riempitivo e non modifica i volumi del volto, ma agisce sulla qualità della pelle.

EFFETTO CLINICO E SUE CARATTERISTICHE



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO BIOSTIMOLAZIONE

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

REV.1 DEL 24.4.2026

Gli effetti della biostimolazione non sono immediati ma progressivi. Generalmente si osserva un miglioramento dell'idratazione e della luminosità già dopo le prime sedute, mentre gli effetti più evidenti sulla tonicità e compattezza cutanea si sviluppano nel corso delle settimane successive.

Il protocollo standard prevede un ciclo iniziale di 3–5 sedute a distanza di 2–4 settimane, seguito da trattamenti di mantenimento periodici.

La risposta al trattamento può variare in base all'età, allo stile di vita e alle condizioni della pelle.

RISCHI E POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

Gli effetti collaterali più comuni sono locali e temporanei:

- arrossamento (eritema);
- gonfiore (edema);
- lieve dolore o bruciore nel punto di iniezione;
- ecchimosi (lividi);
- piccoli pomfi transitori nella sede di iniezione.

Più raramente possono verificarsi:

- reazioni allergiche ai componenti iniettati;
- infezioni locali;
- irregolarità cutanee temporanee.

Tutti gli effetti collaterali sono generalmente transitori e reversibili.

CONTROINDICAZIONI

Il trattamento è controindicato nei seguenti casi:

- gravidanza e allattamento;
- infezioni o infiammazioni cutanee nella zona da trattare;
- allergia nota ai componenti utilizzati;
- malattie autoimmuni attive (valutazione medica necessaria);
- terapia anticoagulante (da valutare con il medico).

È importante informare il medico di eventuali patologie, allergie o farmaci assunti.

INDICAZIONI PRE E POST TRATTAMENTO

Prima del trattamento:

- evitare l'assunzione di farmaci anticoagulanti o antiinfiammatori (se non necessari e previa valutazione medica);
- evitare trattamenti aggressivi sulla pelle nei giorni precedenti;
- presentarsi con la pelle pulita e priva di trucco.

Dopo il trattamento:

- evitare di toccare o massaggiare la zona trattata per alcune ore;
- evitare l'esposizione a fonti di calore (sauna, bagno turco) nelle prime 24 ore;
- evitare attività fisica intensa nella giornata del trattamento;
- evitare esposizione solare diretta nelle prime 24 ore;
- applicare eventuale ghiaccio localmente per ridurre gonfiore o lividi.

Il medico potrà programmare un controllo in base al piano terapeutico.

PROCEDURE ALTERNATIVE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Le alternative alla biostimolazione includono:

- trattamenti con filler a base di acido ialuronico (effetto volumizzante);
- peeling chimici;



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO BIOSTIMOLAZIONE

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

REV.1 DEL 24.4.2026

- trattamenti laser o con dispositivi a energia;
- skincare topica avanzata.

La scelta dipende dagli obiettivi estetici e dalle condizioni individuali.

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche, sul trattamento di **biostimolazione** proposto, sui benefici attesi, sui limiti, sui possibili rischi, effetti indesiderati e complicanze, nonché sulle eventuali alternative terapeutiche disponibili;
- di aver avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto, illustrato e spiegato durante il colloquio medico;
- di essere stato/a informato/a sulle possibili complicanze connesse al trattamento di biostimolazione, incluse arrossamento, edema, ecchimosi, dolore o fastidio nella sede di iniezione, infezioni locali, reazioni infiammatorie, noduli sottocutanei, irregolarità cutanee, nonché possibili reazioni allergiche ai materiali utilizzati;
- di essere stato/a informato/a che il risultato del trattamento non può essere garantito in modo assoluto, che gli effetti sono variabili in relazione alle caratteristiche individuali e che la durata degli stessi è temporanea e soggetta a mantenimento nel tempo;
- di essere consapevole di avere la facoltà di rifiutare, in tutto o in parte, il trattamento proposto;
- di essere consapevole della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento purché tecnicamente possibile.

☐ **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

NEL CASO DI PERSONA IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome testimone _____ Firma _____

Estremi documento _____

Nome Cognome testimone 2 _____ Firma _____

Estremi documento _____