



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO IALURONIDASI

(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@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 le eventuali caselle del trattamento da effettuare)		

INFORMAZIONI GENERALI SUL TRATTAMENTO CON IALURONIDASI

La ialuronidasi è un enzima che ha la capacità di degradare l'acido ialuronico, una sostanza naturalmente presente nei tessuti del nostro organismo e frequentemente utilizzata in medicina estetica come filler.

L'azione della ialuronidasi consiste nello scindere le molecole di acido ialuronico, favorendone il riassorbimento e la progressiva eliminazione da parte dell'organismo.

Il trattamento con ialuronidasi viene impiegato principalmente per correggere o ridurre gli effetti indesiderati conseguenti a infiltrazioni di filler a base di acido ialuronico, come eccessi di volume, asimmetrie, noduli o irregolarità. Può essere utilizzato anche in situazioni di urgenza, come nel caso di compromissione vascolare, per favorire il ripristino della circolazione.

La ialuronidasi viene somministrata mediante iniezione locale con aghi molto sottili. Il trattamento può provocare un lieve fastidio o bruciore temporaneo nella sede di iniezione. Il numero di iniezioni e la quantità di prodotto utilizzato variano in base alla zona da trattare e alla quantità di filler presente.

FINALITÀ ED INDICAZIONI DEL TRATTAMENTO

Le principali indicazioni all'utilizzo della ialuronidasi sono:

- correzione di risultati estetici non soddisfacenti dopo trattamento con filler;
- trattamento di complicanze quali noduli, irregolarità o sovracorrezioni;
- gestione di eventi avversi vascolari (uso urgente);
- rimodellamento di trattamenti precedenti.

Il trattamento ha lo scopo di ridurre o eliminare l'acido ialuronico in eccesso. Il risultato può essere parziale o completo, a seconda dei casi, e talvolta possono essere necessarie più sedute.

EFFETTO CLINICO E SUE CARATTERISTICHE

L'effetto della ialuronidasi può iniziare a manifestarsi entro poche ore dal trattamento, con un miglioramento progressivo nei giorni successivi. Il risultato definitivo è generalmente valutabile dopo 3–7



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO IALURONIDASI

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

Rev.01 del 14.4.2026

giorni.

In alcuni casi può essere necessario ripetere il trattamento per ottenere il risultato desiderato. La risposta individuale può variare in base al tipo di filler utilizzato, alla sua densità e alla quantità iniettata.

È importante considerare che la ialuronidasi può agire anche sull'acido ialuronico naturalmente presente nei tessuti, determinando temporaneamente una riduzione del volume nella zona trattata.

RISCHI E POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

Gli effetti collaterali più comuni includono:

- dolore o bruciore nel punto di iniezione;
- edema (gonfiore);
- eritema (rossore);
- ecchimosi (lividi).

Tra le possibili complicanze:

- reazioni allergiche, anche di tipo severo (rare ma possibili);
- eccessiva riduzione del volume nella zona trattata;
- irregolarità temporanee dei tessuti;
- infezioni locali (rare).

Tutti gli effetti collaterali sono generalmente temporanei e reversibili, ad eccezione delle rare reazioni allergiche che possono richiedere trattamento medico.

CONTROINDICAZIONI

Il trattamento con ialuronidasi è controindicato nei seguenti casi:

- allergia nota alla ialuronidasi o a uno dei suoi componenti;
- infezioni o infiammazioni nella zona da trattare;
- gravidanza e allattamento (in assenza di dati sufficienti sulla sicurezza);
- patologie allergiche importanti non controllate.

È fondamentale informare il medico di eventuali allergie, patologie o terapie farmacologiche in corso.

INDICAZIONI PRE E POST TRATTAMENTO

Prima del trattamento:

- evitare l'assunzione di farmaci anticoagulanti o antiinfiammatori (se non diversamente indicato dal medico);
- segnalare eventuali precedenti reazioni allergiche;
- evitare trattamenti estetici nella stessa area nei giorni precedenti.

Dopo il trattamento:

- evitare di massaggiare o manipolare la zona trattata per alcune ore;
- evitare esposizione a calore intenso (sauna, bagno turco) nelle prime 24 ore;
- evitare attività fisica intensa nella giornata del trattamento;
- applicare ghiaccio localmente se necessario per ridurre gonfiore o lividi.

È consigliato un controllo medico nei giorni successivi per valutare l'esito del trattamento.

PROCEDURE ALTERNATIVE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Le alternative al trattamento con ialuronidasi dipendono dalla problematica da correggere e possono includere:

- attesa del naturale riassorbimento del filler;
- trattamenti correttivi con ulteriori filler;
- tecniche chirurgiche nei casi più complessi.

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche, sul trattamento con **ialuronidasi** proposto, sui benefici attesi (inclusa la dissoluzione di acido ialuronico precedentemente iniettato), sui limiti, sui possibili rischi, effetti indesiderati e complicanze, nonché sulle eventuali alternative terapeutiche disponibili;



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO IALURONIDASI

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

Rev.01 del 14.4.2026

- 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 con ialuronidasi, incluse arrossamento, edema, ecchimosi, dolore o bruciore nella sede di iniezione, reazioni infiammatorie locali, infezioni, irregolarità o depressioni cutanee, dissoluzione eccessiva del filler, nonché possibili reazioni allergiche anche di tipo immediato (ipersensibilità);
- di essere stato/a informato/a che il risultato del trattamento può essere variabile e non completamente prevedibile, che può rendersi necessario più di un trattamento e che gli effetti possono essere immediati ma anche evolvere nei giorni successivi;
- 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 prima dell'esecuzione 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, lotto e scadenza del farmaco

NEL CASO DI PERSONA IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome testimone _____ Firma _____
Estremi documento _____
Nome Cognome testimone 2 _____ Firma _____
Estremi documento _____