



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PEELING

(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)	

INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER PEELING

Il peeling chimico è un trattamento medico-estetico che consiste nell'applicazione sulla cute di sostanze chimiche (es. acido glicolico, salicilico, mandelico, tricloroacetico – TCA, o altri agenti esfolianti), con lo scopo di determinare un'esfoliazione controllata degli strati cutanei.

Il trattamento è finalizzato a:

- migliorare la texture e la luminosità della pelle;
- ridurre macchie cutanee e discromie;
- attenuare rughe superficiali e segni del tempo;
- trattare acne e cicatrici superficiali;
- stimolare il rinnovamento cellulare.

La profondità del peeling (superficiale, medio o profondo) dipende dal tipo di sostanza utilizzata, dalla concentrazione e dal tempo di applicazione.

I risultati e la durata dell'effetto possono variare in base alle caratteristiche individuali della pelle e allo stile di vita. Possono essere necessarie più sedute.

EFFETTI COLLATERALI

Il trattamento può determinare effetti locali temporanei, quali:

- arrossamento (eritema);
- desquamazione (più o meno intensa);



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PEELING

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

Rev.01 del 14.4.2026

- sensazione di bruciore o pizzicore;
- gonfiore (edema);
- formazione di crosticine.

Tali effetti sono generalmente transitori e si risolvono in pochi giorni o settimane, a seconda della profondità del peeling.

Raramente possono verificarsi:

- iperpigmentazione o ipopigmentazione;
- infezioni;
- cicatrici;
- riattivazione di herpes simplex;
- reazioni allergiche o irritative.

CONTROINDICAZIONI

Il trattamento è controindicato in caso di:

- infezioni cutanee attive (batteriche, virali, micotiche);
- lesioni o ferite aperte nella zona da trattare;
- gravidanza o allattamento (in relazione al tipo di sostanza utilizzata);
- ipersensibilità ai componenti del peeling;
- recente esposizione solare intensa o abbronzatura;
- trattamenti dermatologici recenti incompatibili (es. isotretinoina recente, laser, ecc.).

INDICAZIONI PRE E POST TRATTAMENTO

Il paziente si impegna a:

- comunicare eventuali patologie, allergie, farmaci assunti e trattamenti estetici precedenti;
- seguire scrupolosamente le indicazioni fornite dal medico.

Dopo il trattamento è fondamentale:

- evitare esposizione solare diretta e utilizzare protezione solare alta (SPF 50+);
- non rimuovere manualmente le pellicine o croste;
- evitare trattamenti aggressivi (scrub, laser, cerette) fino a completa guarigione;
- evitare calore intenso (sauna, bagno turco) per alcuni giorni;
- utilizzare i prodotti domiciliari consigliati.

Il risultato non è garantito e può variare da individuo a individuo. Potrebbero essere necessarie più sedute o trattamenti associati.

PROCEDURE ALTERNATIVE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il medico ha illustrato eventuali alternative terapeutiche (es. trattamenti laser, biorivitalizzazione, dermoabrasione, ecc.), con relativi benefici e rischi.

Il trattamento ha finalità estetiche e non costituisce terapia medica necessaria.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PEELING

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

Rev.01 del 14.4.2026

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche, sul **trattamento di peeling chimico** proposto, sui benefici attesi (esfoliazione, rinnovamento cutaneo, miglioramento di discromie, acne, texture), 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 **peeling chimico**, incluse, a titolo esemplificativo: eritema, bruciore, desquamazione, edema, prurito, iperpigmentazione o ipopigmentazione post-infiammatoria, infezioni, riattivazione di herpes simplex, cicatrici (raramente), nonché reazioni allergiche;
- di essere stato/a informato/a che il risultato del trattamento non può essere garantito in modo assoluto, che la risposta è soggettiva e che possono essere necessari più trattamenti per il raggiungimento del risultato desiderato;
- di essere consapevole che, dopo il trattamento, è necessario attenersi scrupolosamente alle indicazioni mediche (in particolare **fotoprotezione** e skincare post-procedura) per ridurre il rischio di complicanze;
- 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

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 _____