

PROPOSTA DI CONSENSO INFORMATO PER PRX PLUS

Durante la visita preliminare il/la Dr. _____ mi ha spiegato in modo esaustivo che l'applicazione di PRX PLUS a cui intendo sottopormi presenta alcune controindicazioni e in rari casi possono verificarsi alcuni effetti collaterali. PRX PLUS è un cosmetico professionale indicato per ottenere una pelle più luminosa e compatta..

CONTROINDICAZIONI

- Gravidanza ed allattamento.
- Assunzione di isotretinoina o uso di retinoidi topici.
- Cute irritata e/o ipersensibile.
- Dermatite seborroica o dermatite atopica.
- Cute macerata, ferite aperte, rash cutaneo, eruzioni erpetiche.
- Tumori epidermici o dermici o altre condizioni neoplastiche che possano coinvolgere la cute (es. linfoma cutaneo).
- Allergia nota a qualche componente del prodotto.

NEI GIORNI SUCCESSIVI ALL' APPLICAZIONE DI PRX PLUS POTREBBERO INSORGERE LE SEGUENTI REAZIONI:

- Arrossamento diffuso o a chiazze, che in casi estremamente rari può durare anche alcuni giorni
- Esfoliazione ritardata della durata di alcuni giorni se lo strato corneo è più spesso del normale
- Macchie rotonde più scure nei due giorni successivi: sono dovute all'essiccazione di aree di pelle più spessa. Scompaiono spontaneamente in pochi giorni per esfoliazione.

EFFETTI COLLATERALI

- Irritazione congiuntivale per contatto accidentale
- Prurito e arrossamento, papule e microvescicole, dovuti a reazione allergica per l'uso di guanti in lattice o a qualche componente del prodotto.
- Infiammazione tardiva e delimitata, che può insorgere a partire dal giorno successivo all'applicazione: si presenta come arrossamento e/o gonfiore in alcune zone; di solito si verifica per irritazione di aree che prima dell'applicazione già presentavano danni non visibili (dermatite subclinica, ceretta troppo recente, ..)
- Abrasioni cutanee causate da massaggio troppo vigoroso. In questo caso possono comparire iperpigmentazioni ed esiti cicatriziali.

Accetto di sottopormi a questo trattamento ambulatoriale.

Confermo che il medico mi ha fornito informazioni sufficienti per comprendere l'applicazione del prodotto sopra esposta, in modo da poter prendere una decisione pienamente consapevole.

Mi è stata data l'opportunità di porre tutte le domande ed ottenere risposte esaurienti.

Data -----

Nome e cognome -----

Firma _____

Medico operatore _____

Firma _____