**CONSENSO INFORMATO**

per l’esecuzione di interventi di Trucco permanente

**Cognome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(scrivere stampatello leggibile)

**nato a** (Comune o stato estero)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Prov**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**il**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Comune di residenza**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prov.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **c.a.p**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Via**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**n.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nazionalità** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo di Documento di riconoscimento** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Numero del documento** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recapito tel** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **cell**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* Compilare in caso di cliente minorenne**

\* Il sottoscritto: Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doc. di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PADRE / MADRE del minore succitato è stato informato/a sui possibili rischi derivanti dall’esecuzione di una sessione di trucco permanente, avendo letto attentamente il presente modulo, consento l’effettuazione sul minore del sopraindicato intervento.

 **Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Tipo di trattamento effettuato**

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Effetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colori utilizzati\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aghi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Effetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colori utilizzati\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aghi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Effetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colori utilizzati\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aghi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Effetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colori utilizzati\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aghi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Effetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colori utilizzati\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aghi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Effetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colori utilizzati\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aghi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Effetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colori utilizzati\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aghi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Effetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colori utilizzati\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aghi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presente documento è finalizzato a consentire al cliente una piena comprensione delle implicazioni e dei potenziali rischi per la salute legate alla sottoposizione del trattamento di trucco permanente, inteso come azione basata sull’inserimento sottocutaneo di pigmenti colorati e riconducibile ad un’evoluzione tecnica dell’attività comunemente definita “tatuatoria”. Il cliente è tenuto a leggere con attenzione il presente documento, a porre eventuali richieste di chiarimenti all’operatore e solo ove ritenga di aver pienamente compreso quanto ivi esposto, sottoscrivere il presente modulo a conferma della sua integrale comprensione e della veridicità delle dichiarazioni richieste per la realizzazione del servizio. Il cliente – consapevole dell’importanza delle seguenti informazioni – dichiara e autocertifica quanto segue:

(a) è maggiorenne\*, (b) non soffre di patologie cardiache, neurologiche o emocoagulative, (c) non è in un periodo di puerperio (gravidanza e allattamento), (d) non è sotto l'influenza di droghe o alcool, (e) non è sottoposto a terapie farmacologiche (essendo consapevole che l’assunzione di determinati prodotti farmacologici può interagire negativamente con l’insorgere di conseguenze dannose per la salute in occasione di sessioni di trucco permanente).

Il cliente si è accertato che tutta l’attrezzatura utilizzata per l’effettuazione della prima seduta e di tutte le altre sedute necessarie a completare o mantenere in vita il trattamento richiesto, è sterile e monouso e che la struttura presso la quale viene eseguita la presente sessione di trucco permanente presenta idonee condizioni igieniche, in quanto è consapevole che, in assenza del rispetto di idonee prassi e procedure igieniche, praticando il trucco permanente, si può andare incontro a infezioni sia per trasmissione ematica, come i prioni e i virus dell’epatite B e C, e HIV, sia a quelle per trasmissione non ematica, come il tetano, le infezioni batteriche della ferita da stafilococchi e streptococchi che possono provocare anche malattie gravi. Oltre essere stato sufficientemente informato su tutti i possibili rischi legati alla decisione di sottoporsi a questa pratica, sono state date al cliente spiegazioni dettagliate riguardo al possibile insorgere di fenomeni indesiderati quali:

(a) rigetto del pigmento e a reazioni allergiche, (b) cicatrizzazioni anomale, (c) migrazioni del pigmento sottocute che potrebbero anche causare depositi eccessivi di colore (piccole macchie scure) e d) viraggi dei pigmenti nel tempo.

In particolare, il cliente è stato informato del fatto che in assenza di una prova allergologica effettuata da personale sanitario, la sottoposizione a dermopigmentazione può causare reazioni allergiche anche di grave entità che si possono manifestare anche a distanza di settimane dalla sessione di Trucco permanente. Il cliente, al fine di limitare l’insorgere dei rischi sopra esposti, si impegna, nel periodo di cicatrizzazione conseguente a tutte le sedute svolte, a seguire le istruzioni riportate sul memorandum1 consegnatogli. Il cliente è stato informato del fatto che, nel derma, la permanenza dei pigmenti bio-assorbibili utilizzati per la presente sessione di trucco permanente è strettamente legata a fattori soggettivi, pertanto la durata del lavoro svolto ed i tempi della sua riuscita sono difficilmente misurabili e non possono essere stabiliti preventivamente.

Il cliente è’ stato informato che per il raggiungimento dei risultato ottimale sono necessarie almeno due sedute, ma in alcuni casi possono essere necessarie sedute di rinforzo aggiuntive, non comprese negli importi iniziali stabiliti per la prima e la seconda seduta, riportati in questo consenso.

E’ consapevole che rifiutando di sottoporsi alle sedute di ritocco necessarie o sottoponendosi ad esse oltre i limiti di tempo stabiliti, esonera l’operatore da ogni responsabilità inerente la riuscita lavoro di trucco permanente. E’ consapevole che tra una seduta e l’altra dovranno passare almeno 40 (quaranta) giorni e in nessun caso potrà essere anticipato tale termine. E’ consapevole che nei giorni successivi al trattamento si potranno manifestare variazione nella forma e nel colore delle zone trattata, come aumento o diminuzione del tono o variazioni nella forma, causate dalla naturale ossidazione dei pigmenti. E’ consapevole che le foto pubblicate sulle pagine internet di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pubblicizzano lavori appena eseguiti e che nel tempo i risultati effettivi della dermopigmentazione sono differenti. Per quanto sopra, egli accetta tutte le conseguenze che possono derivare dalla decisione di sottoporsi a questo trattamento, sollevando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da qualunque responsabilità. Il cliente dichiara sotto la propria responsabilità che i seguenti dati sono veritieri e corretti e di avere ben compreso quanto sopra riportato. Letto, confermato e sottoscritto.

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROVA COLORE**

La prova colore è una procedura consigliata nella “Dermopigmentazione” per valutare l’eventuale viraggio sottocute o l’assestamento del pigmento a distanza di tempo. Inoltre tale procedura potrebbe ridurre i rischi di reazioni allergiche ai pigmenti. In caso di rifiuto di sottoporsi a tale prova, effettuata con prodotti utilizzati per la sessione di trucco permanente, il cliente esonera l’operatore da qualsiasi responsabilità dovuta a reazioni impreviste, mutamento del colore e a qualsiasi altra anomalia accertata per intollerabilità al prodotto.

Prodotti utilizzati (codice colori) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI CASELLE: ( ) Autorizzo l’operatore ad effettuare il trattamento senza eseguire la prova colore

 ( ) Chiedo di effettuare la prova colore

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INDAGINE SUL SUO STATO DI SALUTE**

La preghiamo di rispondere in modo veritiero, a tutte le domande nella tabella relativa al suo stato di salute. Firmando il presente lei si assume tutte le responsabilità, per eventuali risposte non veritiere, omesse, o tralasciate. Il trattamento di trucco semi permanete o Microblading, viene effettuato rispettando tutte le norme igieniche, e l'operatore deve essere informato sul suo stato di salute. Barrare la casella si o no, ed eventualmente specificare:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EMOFILIA | SI | NO | SPECIFICA |
| DIABETE MELLITO | SI | NO |  |
| EPATITE TIPO A,B,C,D,E,F | SI | NO |  |
| HIV | SI | NO |  |
| MALATTIE DELLA PELLE | SI | NO |  |
| ECZEMA | SI | NO |  |
| ALLERGIA ( SE SI A COSA) | SI | NO |  |
| MALATTIE AUTOIMMUNI | SI | NO |  |
| E' O E' STATO PREDISPOSTO ALL'HERPES | SI | NO |  |
| MALATTIE INFETTIVE / FEBBRE ALTA (al momento del trattamento) | SI | NO |  |
| EPILESSIA | SI | NO |  |
| SOFFRE DI PROBLEMI CARDIOVASCOLARI? | SI | NO |  |
| ASSUME O HA ASSUNTO ANTICOAGULANTI? | SI | NO |  |
| E' IN STATO DI GRAVIDANZA? | SI | NO |  |
| ASSUME REGOLARMENTE MEDICINE? | SI | NO |  |
| HA UN PACEMAKER? | SI | NO |  |
| HA PROBLEMI DI CICATRIZZAZIONE DELLE FERITE? | SI | NO |  |
| NELLE ULTIME 24 ORE HA ASSUNTO ALCOL O DROGHE? | SI | NO |  |
| NELLE ULTIME 24 ORE, SI E’ SOTTOPOSTO A TERAPIE, O HA SUBITO INTERVENTI OPERATORI, MEDICI, O HA FATTO TATUAGGI O PIERCING  | SI | NO |  |
| ALTRO |  |  |  |

**Copertura dei lavori eseguiti da terzi**

In caso di lavori definiti “cover-up”, ossia lavori eseguiti da altri operatori, il cliente è stato informato che per il raggiungimento di un risultato ottimale è necessaria la rimozione attraverso laserterapia del vecchio lavoro. Con la presente firma il cliente dichiara di non voler sottoporsi al trattamento laser. Il cliente richiede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di migliorare il lavoro già presente attraverso un ciclo di sedute distanziate da almeno 30 giorni. Il cliente è consapevole che potrebbero essere necessarie più sedute per il raggiungimento di un buon risultato. Il numero di sedute non è mai inferiore a 3 (tre). Il cliente è stato informato che in caso di utilizzo di color carne (Definiti “skin tone”), la zona trattata non potrà più essere sottoposta a trattamenti laser. In caso contrario la zona dermopigmentata con tali colori si scurirà in seguito alla trasformazione dei pigmenti bersagliati dal fascio di luce laser. Per quanto sopra il cliente solleva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da qualsiasi responsabilità proveniente dal tentativo di bonifica o recupero del lavoro da correggere.

 **Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informativa sulla Privacy GDPR 2018**

- Il responsabile della Protezione dei dati è\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

- I dati di contatto del Responsabile della protezione dati sono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Le finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali è a scopo interno alla ditta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai soli fini anagrafici inerenti la sottoscrizione del consenso informato. Non è intenzione del Titolare del trattamento trasferire i suddetti dati a terzi in nessuna modalità e forma.

- Il periodo di conservazione dei dati è illimitato a meno di comunicazione di cancellazione da parte cliente.

- L’interessato ha il diritto di proporre reclamo ad un’autorità di controllo in caso di utilizzo illecito di detti dati.

- Il responsabile comunica che non esistono procedimenti automatizzati di indicizzazione e di profilazione automatica dei dati.

- L’interessato ha il diritto di accesso ai sui dati ed ha diritto di rettifica cancellazione e revoca dei dati personali. ma di quelli contrattuali.

 Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Utilizzo di materiale fotografico (facoltativo)**

Anche ai fini di cui all’art. 10 del Codice Civile e dell’art. 96 della L. n. 633/1941, autorizzo l’utilizzo da parte a titolo gratuito ed a fini promozionali da parte di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di eventuali immagini fotografiche realizzate con il mio consenso durante lo svolgimento della sessione.

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**copia per l’operatore**

**Memorandum allegato al consenso infomato di nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

CONTROINDICAZIONI

- TEMPORANEE: herpes simplex o zoster, congiuntivite, debolezza del sistema immunitario, gravidanza/allattamento, infiltrazioni medico-estetiche, chirurgia plastica, chemioterapia/radioterapia, laser, peeling, cicatrici in corso di guarigione, patologie cutanee sulla zona da trattare (dermatiti, ematomi, eritemi) e infezioni batteriche, virali o micotiche.

- SOTTO CONTROLLO MEDICO: diabete, emofilia, cardiopatia, HIV, anomalie cutanee.

INDICAZIONI PRE-TRATTAMENTI

- 24 ore prima: non assumere medicinali a base di eccipienti stimolanti e fluidificanti del sangue, alcol o droghe.

- 1 settimana prima: evitare l’esposizione prolungata ai raggi solari, lampade solari e trattamenti cosmetici esfolianti. Fino a 3 giorni prima evitare attività fisica pesante e saune.

 Se necessario, rafforzare il sistema immunitario

INDICAZIONI GENERALI POST-TRATTAMENTO

- Per le 24 ore successive al trattamento, se necessario, pulire la zona trattata, passando un dischetto di cotone inumidito con acqua.

- Secondo giorno asciutte

- Dal terzo giorno in poi lavare con acqua e sapone neutro.

- Applicare al mattino un velo di Vea Lipogel al mattino fino a che le crosticine non iniziano a staccarsi.

- Non applicare creme a base grassa come bepanthenol o Vasellina,

- Dal settimo giorno fino alla caduta totale delle crosticine non strofinare ne grattare.

- Successivamente fino ad avvenuta guarigione 25/30gg, lavare acqua e sapone neutro (ph 7).

I lavaggi e le applicazioni di prodotti vanno effettuati sempre con mani ben deterse e pulite.

Non toccare né sfregare, evitare l’applicazione di creme cosmetiche, trucchi, acidi e prodotti esfolianti fino a completa guarigione della zona trattata.

Non esporsi ai raggi solari. Evitare sauna, piscina, mare e lampade solari.

MANTENIMENTO

A guarigione totalmente avvenuta:

Applicare sempre sulla parte trattata una protezione solare a schermo totale.

Proteggere la zona dal contatto con acidi e laser.

Effettuare controlli successivi presso il proprio operatore per osservare evoluzioni.

Eseguire revisioni quando il pigmento è quasi completamente sparito.

REAZIONI INDESIDERATE

Infezione locale, ematomi temporanei, cicatrici permanenti, macchie di colore scuro, scolorimento o non attecchimento integrale del colore o a chiazze.

**IN CASO DI REAZIONI ANOMALE MANIFESTATESI NEL PERIODO POST-SEDUTA, CONSULTARE IL PROPRIO MEDICO CURANTE.**

 **Per ricevuta**

 **Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**copia per il cliente**

**Memorandum allegato al consenso infomato di nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

CONTROINDICAZIONI

- TEMPORANEE: herpes simplex o zoster, congiuntivite, debolezza del sistema immunitario, gravidanza/allattamento, infiltrazioni medico-estetiche, chirurgia plastica, chemioterapia/radioterapia, laser, peeling, cicatrici in corso di guarigione, patologie cutanee sulla zona da trattare (dermatiti, ematomi, eritemi) e infezioni batteriche, virali o micotiche.

- SOTTO CONTROLLO MEDICO: diabete, emofilia, cardiopatia, HIV, anomalie cutanee.

INDICAZIONI PRE-TRATTAMENTI

- 24 ore prima: non assumere medicinali a base di eccipienti stimolanti e fluidificanti del sangue, alcol o droghe.

- 1 settimana prima: evitare l’esposizione prolungata ai raggi solari, lampade solari e trattamenti cosmetici esfolianti. Fino a 3 giorni prima evitare attività fisica pesante e saune.

 Se necessario, rafforzare il sistema immunitario

INDICAZIONI GENERALI POST-TRATTAMENTO

- Per le 24 ore successive al trattamento, se necessario, pulire la zona trattata, passando un dischetto di cotone inumidito con acqua.

- Secondo giorno asciutte

- Dal terzo giorno in poi lavare con acqua e sapone neutro.

- Applicare al mattino un velo di Vea Lipogel al mattino fino a che le crosticine non iniziano a staccarsi.

- Non applicare creme a base grassa come bepanthenol o Vasellina,

- Dal settimo giorno fino alla caduta totale delle crosticine non strofinare ne grattare.

- Successivamente fino ad avvenuta guarigione 25/30gg, lavare acqua e sapone neutro (ph 7).

I lavaggi e le applicazioni di prodotti vanno effettuati sempre con mani ben deterse e pulite.

Non toccare né sfregare, evitare l’applicazione di creme cosmetiche, trucchi, acidi e prodotti esfolianti fino a completa guarigione della zona trattata.

Non esporsi ai raggi solari. Evitare sauna, piscina, mare e lampade solari.

MANTENIMENTO

A guarigione totalmente avvenuta:

Applicare sempre sulla parte trattata una protezione solare a schermo totale.

Proteggere la zona dal contatto con acidi e laser.

Effettuare controlli successivi presso il proprio operatore per osservare evoluzioni.

Eseguire revisioni quando il pigmento è quasi completamente sparito.

REAZIONI INDESIDERATE

Infezione locale, ematomi temporanei, cicatrici permanenti, macchie di colore scuro, scolorimento o non attecchimento integrale del colore o a chiazze.

**IN CASO DI REAZIONI ANOMALE MANIFESTATESI NEL PERIODO POST-SEDUTA, CONSULTARE IL PROPRIO MEDICO CURANTE.**

 **Per ricevuta**

 **Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**