



**MODULO DI CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTO VULVO-VAGINALE O RETTALE DI
RADIOFREQUENZA ED ELETTROPORAZIONE**

Il trattamento ha lo scopo di limitare gli effetti delle patologie uro-ginecologiche e proctologiche.

Viene utilizzato un manipolo vaginale o rettale.

Il trattamento prevede l'utilizzo della sinergia Radiofrequenza-Elettroporazione.

La radiofrequenza è un campo elettromagnetico che, attraversando i tessuti biologici, ha lo scopo di incrementare i processi metabolici favorendo l'incremento del microcircolo e del tono muscolare.

L'elettroporazione è un particolare impulso che genera un aumento transitorio della permeabilità dei tessuti favorendo l'assorbimento transcutaneo di principi attivi solubili in acqua.

Le metodiche utilizzate non richiedono alcun tipo di anestesia locale e non lasciano esiti post-trattamento, quindi la paziente può riprendere immediatamente le proprie attività.

Il trattamento con Radiofrequenza ed Elettroporazione fornito dalla metodica è limitato ai tessuti vaginali e vulvari e al pavimento pelvico.

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, di:

1. Non essere portatrice di pace maker o altri strumenti medicali funzionanti a Radiofrequenza.
2. Non essere affetta da allergie ai principi attivi specifici utilizzati nel trattamento.
3. Non essere in stato di gravidanza.
4. Non essere affetto da epilessia.

I principi attivi elettroporati in dose minima efficace, dei quali mi è stata illustrata l'azione terapeutica saranno i seguenti:

Al momento del trattamento è consigliabile rimuovere tutti gli oggetti metallici.

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____

DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente
minorenne esercente la potestà genitoriale _____
C.F. _____ nato/a _____ a _____ il ____/____/____ e residente
in _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____



Clinica Diagnostica

Dott. Lorenzo Trezza

Clinica Diagnostica Dott. Lorenzo Trezza, Via Volta 31A/35A

20866 Carnate (MB) P.Iva 02410840967 – tel 039672488

Mail: info@clincadiagnostica.it

Dir. Sanitario: Dott. Matteo Pisani