



## MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO FILLER CLASS

### DATI PAZIENTE

Nome e Cognome : .....

Luogo e data di nascita: .....

Indirizzo: .....

Recapiti: Tel ..... Cell .....

Email: ..... Sesso:  F  M

### DATI ANAMNESTICI PAZIENTE (compilazione a cura del medico)

Ha mai effettuato interventi di medicina estetica con filler?  Si  No

Se sì, quali prodotti sono stati utilizzati? (spazio per nome prodotto e data somministrazione)

.....

Di che tipo di prodotto si trattava (caselle riassorbibili/non riassorbibili)

Riassorbibili  Non riassorbibili  Non Ricordo

Quali zone del viso e/o del corpo sono state trattate ?

.....

Ha effettuato interventi di chirurgia plastica e/o estetica?

Sì in Data.....  No

Attualmente segue trattamenti cosmetici o di medicina estetica?

Radiofrequenza  Mesoterapia  Rivitalizzazione  Altro.....

Nel corso della sua vita ha avuto dipendenza da:

Alcolici o superalcolici?  Sì  No

Fumo?  Sì  No

Si è esposto/a al sole o lampade solari per lunghi periodi?  Sì  No

Ha già subito anestesia e/o anestesia odontoiatrica in passato?  Sì  No

Soffre di allergie conclamate a farmaci?  Si  No

Se si, indicare a quali sostanze: \_\_\_\_\_

Soffre di alterazioni della coagulazione del sangue?  Si  No

Al momento assume farmaci anticoagulanti?  Si  No

Al momento assume altri farmaci?  Si  No

Se si, indicare quali : \_\_\_\_\_

Attualmente e' in stato di gravidanza?  Si  No

E' affetto da Epatite B (HBV) o da Epatite C (HCV) [in caso **sottolineare**]  Si  No

E' affetto da altre Patologie che vuole segnalare? .....

Io sottoscritto/o..... dichiaro l'esattezza dei dati e delle informazioni inserite nel presente modulo.

Luogo e data ..... Firma Paziente.....

**ESAME OBIETTIVO PAZIENTE (Compilazione a cura del Medico)**

Segni di photoaging  Si  No Teleangectasia  Si  No

Discromie  Si  No Discheratosi  Si  No

Cicatrici  Si  No Eritemi in corso  Si  No

Dermatiti in corso  Si  No Herpes  Si  No

Altro \_\_\_\_\_

Palpazione (elencare le eventuali zone positive):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Annotazioni \_\_\_\_\_ (spazio \_\_\_\_\_ per  
note):.....

.....  
.....

.....  
.....  
.....

## PIANO DI TRATTAMENTO

Viene concordato con il Paziente l'utilizzo del prodotto FILLER CLASS - gel riassorbibile di acido ialuronico distribuito da Revi.Med Srl – Via San Gregorio 55 Milano, per il trattamento riempitivo delle seguenti zone:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> rughe e/o pieghe nasolabiali | <input type="checkbox"/> rughe e/o pieghe sottocommessurali |   |
| <input type="checkbox"/> rughe periorali              | <input type="checkbox"/> labbro superiore                   | <input type="checkbox"/> arco di cupido         |
| <input type="checkbox"/> colonne filtrali             | <input type="checkbox"/> labbro inferiore                   | <input type="checkbox"/> spina nasale anteriore |
| <input type="checkbox"/> rughe geniene                | <input type="checkbox"/> ovale del viso                     | <input type="checkbox"/> zona mentoniera        |
| <input type="checkbox"/> zona zigomatica              | <input type="checkbox"/> rughe glabellari                   | <input type="checkbox"/> rughe frontali         |
| <input type="checkbox"/> rughe periorculari           | <input type="checkbox"/> mani                               | <input type="checkbox"/> décolleté              |
|   |   | <input type="checkbox"/> altro _____            |

## CONSENSO INFORMATO

### FILLER CLASS: CHE COS'E'?

FILLER CLASS e' un dispositivo medico di Classe III composto da un gel sterile a base di acido ialuronico, riassorbibile. E' indicato per la somministrazione intradermica o sottocutanea al fine di correggere e/o attenuare, attraverso l'aumento volumetrico, rughe, pieghe e depressioni facciali. Può inoltre essere utilizzato per definire il contorno delle labbra ed aumentarne il volume.

### EVENTUALI EFFETTI INDESIDERATI

Il trattamento effettuato con FILLER CLASS, come avviene con prodotti per uso iniettivo, talvolta può dare le seguenti reazioni nella sede dell'impianto e/o nei punti di passaggio dell'ago: arrossamento, dolorabilità, decolorazione, edema, ematoma. Queste reazioni sono frequenti e di solito di grado leggero o moderato. Normalmente si risolvono spontaneamente dopo alcuni giorni dal trattamento. A causa dell'edema e/o dell'effetto dell'anestesia, le zone trattate potrebbero risultare asimmetriche o ipercorrette; effetto che tende a scomparire spontaneamente nell'arco di qualche ora. Raramente sono possibili reazioni allergiche locali, consistenti in edema, durezza e arrossamento in sede di impianto. Tali reazioni solitamente si manifestano a distanza di giorni dal trattamento e si risolvono nell'arco di qualche settimana. In rari casi sono possibili reazioni semi-permanenti di durezza e discromia in sede di impianto. Tali reazioni si manifestano dopo settimane o mesi dal trattamento e possono durare vari mesi, per poi risolversi nel tempo.

### DURATA DEL TRATTAMENTO

Numerosi fattori legati alla zona dell'impianto determinano l'effetto correttivo del prodotto: la tecnica impiegata, il tipo di pelle, lo stile di vita del paziente. Secondo la combinazione di questi e altri fattori l'effetto correttivo di una singola somministrazione può durare da circa 6 mesi a oltre un anno. I trattamenti successivi al primo tendono ad aumentare la durata complessiva dell'effetto correttivo.

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_

dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso le informazioni circa la natura e lo scopo del prodotto, i relativi eventuali effetti indesiderati e la variabilità nella durata del trattamento. Ho ricevuto le informazioni per il periodo post-trattamento e mi impegno a seguirne le indicazioni. Ho concordato con il medico le zone d'intervento indicate nel "piano di trattamento" e presto pertanto il mio consenso al trattamento con FILLER CLASS sulla mia persona.

Luogo e data .....

Firma paziente.....

### CARTELLA CLINICA - TRATTAMENTO CON FILLER CLASS

Nome e Cognome del paziente: .....

Data e Luogo del trattamento: .....

#### Anestesia:

anestesia intraorale infraorb. sx

anestesia intraorale infraorb. dx

anestesia intraorale mentoniero sx

anestesia intraorale mentoniero dx

anestetico topico

altro tipo di anestesia \_\_\_\_\_

#### Zone trattate:

rughe e/o pieghe nasolabiali

Si

No

rughe e/o pieghe sottocommessurali

Si

No

rughe periorali

Si

No

labbro superiore

Si

No

arco di cupido

Si

No

colonne filtrali

Si

No

labbro inferiore

Si

No

spina nasale anteriore

Si

No

rughe geniene

Si

No

ovale del viso

Si

No

zona mentoniera

Si

No

zona zigomatica

Si

No

rughe glabellari

Si

No

rughe frontali

Si

No

rughe perioculari

Si

No

decolleté

Si

No

**Foto:** (se disponibili e stampate)

Pre

Post



FILLER  
CLASS

**Note:**

.....  
.....

Luogo e data ..... Firma Medico .....

## RACCOMANDAZIONI SOMMINISTRATORE - POST TRATTAMENTO CON FILLER CLASS

Il Dott. ....  
nato il ..... a .....  
iscritto presso ordine di ..... con numero iscrizione .....  
recapito telefonico ..... email.....

dichiara di aver informato il paziente che:

- **NELLE 6 ORE SUCCESSIVE AL TRATTAMENTO DOVRA' EVITARE DI:** toccare e/o grattare le zone trattate, applicare prodotti cosmetici e/o pomate, sciacquare o bagnare il viso, esporsi al sole, esporsi a fonti di calore e vento, effettuare attività sportive che comportino sudorazione. Dopo circa 6 ore dal trattamento sarà possibile applicare un make-up leggero.
- **NELLE 24 ORE SUCCESSIVE AL TRATTAMENTO DOVRA' EVITARE DI:** toccare le zone trattate, esporsi al sole, esporsi a fonti di calore e vento.
- **SUBITO DOPO IL TRATTAMENTO E' CONSIGLIABILE:** applicare impacchi freddi per circa 10 minuti sulle zone trattate. Il trattamento è da ripetersi più volte.

**IN CASO DI ASIMMETRIA DELLE ZONE TRATTATE:** attendere la scomparsa dell'eventuale anestesia e dell'edema. L'effetto definitivo della correzione con filler e' valutabile a partire dalle 24 ore dal trattamento. Ciò vale in particolar modo per le labbra.

**IN CASO DI EMATOMA (COLORAZIONE VIOLACEA) DELLE ZONE TRATTATE:** tale effetto e' dovuto al passaggio dell'ago e non al prodotto di per se. L'ematoma si risolve spontaneamente in circa sette giorni. Se ne può accelerare il decorso applicando sulla zona interessata una pomata per contusioni a partire da 6 ore dal trattamento. A partire da due ore dal trattamento e' possibile applicare sulla zona una pomata a base di ossido di zinco, picchiettandola senza strofinare. Dopo circa 6 ore e' possibile applicare sulla zona, previa applicazione di pomata a base di ossido di zinco, un fondotinta coprente.

**IN CASO DI EDEMA (GONFIORE) DELLE ZONE TRATTATE:** tale effetto e' dovuto al passaggio dell'ago e non al prodotto di per se. L'edema si risolve spontaneamente di solito nell'arco di qualche ora, ma se ne può accelerare il decorso con applicazioni intermittenti di impacchi freddi. E' anche possibile applicare una pomata all'arnica.

**PER QUALUNQUE ALTRO EFFETTO INDESIDERATO** (rossore, comparsa di infezioni localizzate o altro) contattare il medico che ha somministrato il Filler e in secondo luogo il proprio Medico.

Luogo e data ..... Firma del Paziente .....

Firma del Medico .....

**RACCOMANDAZIONI SOMMINISTRATORE - POST TRATTAMENTO CON FILLER CLASS**  
(copia paziente)

Il Dott. ....  
nato il ..... a .....  
iscritto presso ordine di ..... con numero iscrizione .....  
recapito telefonico ..... email.....

dichiara di aver informato il paziente che:

- **NELLE 6 ORE SUCCESSIVE AL TRATTAMENTO DOVRA' EVITARE DI:** toccare e/o grattare le zone trattate, applicare prodotti cosmetici e/o pomate, sciacquare o bagnare il viso, esporsi al sole, esporsi a fonti di calore e vento, effettuare attività sportive che comportino sudorazione. Dopo circa 6 ore dal trattamento sarà possibile applicare un make-up leggero.
- **NELLE 24 ORE SUCCESSIVE AL TRATTAMENTO DOVRA' EVITARE DI:** toccare le zone trattate, esporsi al sole, esporsi a fonti di calore e vento.
- **SUBITO DOPO IL TRATTAMENTO E' CONSIGLIABILE:** applicare impacchi freddi per circa 10 minuti sulle zone trattate. Il trattamento è da ripetersi più volte.

**IN CASO DI ASIMMETRIA DELLE ZONE TRATTATE:** attendere la scomparsa dell'eventuale anestesia e dell'edema. L'effetto definitivo della correzione con filler e' valutabile a partire dalle 24 ore dal trattamento. Ciò vale in particolar modo per le labbra.

**IN CASO DI EMATOMA (COLORAZIONE VIOLACEA) DELLE ZONE TRATTATE:** tale effetto e' dovuto al passaggio dell'ago e non al prodotto di per se. L'ematoma si risolve spontaneamente in circa sette giorni. Se ne può accelerare il decorso applicando sulla zona interessata una pomata per contusioni a partire da 6 ore dal trattamento. A partire da due ore dal trattamento e' possibile applicare sulla zona una pomata a base di ossido di zinco, picchiettandola senza strofinare. Dopo circa 6 ore e' possibile applicare sulla zona, previa applicazione di pomata a base di ossido di zinco, un fondotinta coprente.

**IN CASO DI EDEMA (GONFIORE) DELLE ZONE TRATTATE:** tale effetto e' dovuto al passaggio dell'ago e non al prodotto di per se. L'edema si risolve spontaneamente di solito nell'arco di qualche ora, ma se ne può accelerare il decorso con applicazioni intermittenti di impacchi freddi. E' anche possibile applicare una pomata all'arnica.

**PER QUALUNQUE ALTRO EFFETTO INDESIDERATO** (rossore, comparsa di infezioni localizzate o altro) contattare il medico che ha somministrato il Filler e in secondo luogo il proprio Medico.

Luogo e data ..... Firma del Paziente .....

Firma del Medico .....

## PIANO DI TRATTAMENTO (COPIA PAZIENTE)

Viene concordato con il Paziente l'utilizzo del prodotto FILLER CLASS - gel riassorbibile di acido ialuronico distribuito da Revi.Med Srl – Via San Gregorio 55 Milano, per il trattamento riempitivo delle seguenti zone:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> rughe e/o pieghe nasolabiali | <input type="checkbox"/> rughe e/o pieghe sottocommessurali |   |
| <input type="checkbox"/> rughe periorali              | <input type="checkbox"/> labbro superiore                   | <input type="checkbox"/> arco di cupido         |
| <input type="checkbox"/> colonne filtrali             | <input type="checkbox"/> labbro inferiore                   | <input type="checkbox"/> spina nasale anteriore |
| <input type="checkbox"/> rughe geniene                | <input type="checkbox"/> ovale del viso                     | <input type="checkbox"/> zona mentoniera        |
| <input type="checkbox"/> zona zigomatica              | <input type="checkbox"/> rughe glabellari                   | <input type="checkbox"/> rughe frontali         |
| <input type="checkbox"/> rughe periorculari           | <input type="checkbox"/> mani                               | <input type="checkbox"/> décolleté              |
|   |   | <input type="checkbox"/> altro _____            |

## CONSENSO INFORMATO

### FILLER CLASS: CHE COS'E'?

FILLER CLASS e' un dispositivo medico di Classe III composto da un gel sterile a base di acido ialuronico, riassorbibile. E' indicato per la somministrazione intradermica o sottocutanea al fine di correggere e/o attenuare, attraverso l'aumento volumetrico, rughe, pieghe e depressioni facciali. Può inoltre essere utilizzato per definire il contorno delle labbra ed aumentarne il volume.

### EVENTUALI EFFETTI INDESIDERATI

Il trattamento effettuato con FILLER CLASS, come avviene con prodotti per uso iniettivo, talvolta può dare le seguenti reazioni nella sede dell'impianto e/o nei punti di passaggio dell'ago: arrossamento, dolorabilità, decolorazione, edema, ematoma. Queste reazioni sono frequenti e di solito di grado leggero o moderato. Normalmente si risolvono spontaneamente dopo alcuni giorni dal trattamento. A causa dell'edema e/o dell'effetto dell'anestesia, le zone trattate potrebbero risultare asimmetriche o ipercorrette; effetto che tende a scomparire spontaneamente nell'arco di qualche ora. Raramente sono possibili reazioni allergiche locali, consistenti in edema, durezza e arrossamento in sede di impianto. Tali reazioni solitamente si manifestano a distanza di giorni dal trattamento e si risolvono nell'arco di qualche settimana. In rari casi sono possibili reazioni semi-permanenti di durezza e discromia in sede di impianto. Tali reazioni si manifestano dopo settimane o mesi dal trattamento e possono durare vari mesi, per poi risolversi nel tempo.

### DURATA DEL TRATTAMENTO

Numerosi fattori legati alla zona dell'impianto determinano l'effetto correttivo del prodotto: la tecnica impiegata, il tipo di pelle, lo stile di vita del paziente. Secondo la combinazione di questi e altri fattori l'effetto correttivo di una singola somministrazione può durare da circa 6 mesi a oltre un anno. I trattamenti successivi al primo tendono ad aumentare la durata complessiva dell'effetto correttivo.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso le informazioni circa la natura e lo scopo del prodotto, i relativi eventuali effetti indesiderati e la variabilità nella durata del trattamento. Ho ricevuto le informazioni per il periodo post-trattamento e mi impegno a seguirne le indicazioni. Ho concordato con



il medico le zone d'intervento indicate nel "piano di trattamento" e presto pertanto il mio consenso al trattamento con FILLER CLASS sulla mia persona.

Luogo e data .....

Firma paziente.....