



APS srl
Via Einstein n° 8 (c/o Parco Tecnologico E. Torricelli)
48018 Faenza (RA) - Italia
Tel. +39 0546 46193 - P.Iva 02520970399

apsdevice.com

Consenso Informato APS®

Addi _____

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____

Dichiara

Di essere stato/a ampiamente informato/a dal Dr./Prof. _____ circa il trattamento con APS®, un dispositivo italiano brevettato per trattamenti estetici di viso e corpo.

Si tratta di una apparecchiatura capace di sviluppare 7 trattamenti diversi tra i quali, VEICOLAZIONE TRANSDERMICA, SISTEMA VACUUM, RADIOFREQUENZA FRAZIONATA, ELETTROSTIMOLAZIONE, FOTOSTIMOLAZIONE e MICRO DERMOINCISIONE CONTROLLATA E ONDE ACUSTICHE o Skin Patting® da cui il device prende il nome, una metodica innovativa che, grazie a una particolare testina, riesce a combinare trattamenti diversi, volti a trattare la maggior parte degli inestetismi cutanei:

elasticità cutanea, tonicità della pelle, rughe, cicatrici, smagliature, cellulite, adiposità localizzata, cuoio capelluto, macchie, acne, etc.

Grazie a questo concentrato tecnologico è possibile ottenere un vera e propria biostimolazione e bioristrutturazione con evidente ringiovanimento cutaneo, una stimolazione rigenerativa cellulare che dona nuova vita alla pelle, rimpolpando i tessuti di viso e corpo .

Stimolazione onde acustiche: La terapia con onde d'urto (anche conosciute come onde acustiche), un metodo di trattamento molto efficace nel quale le onde acustiche vengono applicate nella zona del corpo da trattare, queste ad elevata energia, hanno l'obiettivo di trasferire energia ai tessuti da trattare, per stimolarne i processi rigenerativi.

La veicolazione trans dermica: consente un aumento transitorio della permeabilità dei tessuti. Per mezzo di un impulso le cellule del tessuto trattato generano un potenziale transmembrana che comporta nel doppio strato lipidico della cellula un transitorio riassetto, con formazione di canali acquosi nella membrana cellulare detti elettrofori, questi permettono il passaggio di principi attivi che altrimenti non passerebbero mai lo strato corneo.

Vacuum: agisce sulla parte interessata determinando un'aspirazione, di fatto la procedura mette sotto vuoto la zona da trattare, facilitando un migliore drenaggio , vascolare e linfatico.

Radiofrequenza frazionata: La metodica sfrutta la radiofrequenza ,la parte dello spettro elettromagnetico la cui frequenza è compresa fra 0 Hz e 300 GHz, generata da radiazioni non ionizzanti, I campi di RF al di sopra di 10 GHz sono assorbiti dalla cute epidermide e derma, invece i campi compresi fra 1 MHz e 10 GHz arrivano più profondamente nei tessuti e producono calore. La radiofrequenza frazionata permette l'emissione dell'energia da parte della sorgente, determinando sulla cute molteplici effetti parcellari. Si formano profonde colonne di denaturazione dermoepidermica ,dalla periferia nella parte non interessata si innescano processi riparativi e rigenerativi . L' aumento termico a cui vanno incontro le aree di cute frapposte tra i singoli elettrodi attiva il metabolismo cellulare.



APS srl
Via Einstein n° 8 (c/o Parco Tecnologico E. Torricelli)
48018 Faenza (RA) - Italia
Tel. +39 0546 46193 - P.Iva 02520970399

apsdevice.com

Elettrostimolazione: l'applicazione di correnti elettriche adeguate in termini di frequenza (Hz), intensità (mA) e durata (msec) in grado di contrarre, sottraendole alla volontà, le fibre muscolari ed indurre analgesia spegnendo l'impulso doloroso trasportato dai nervi periferici .

Fotostimolazione: I Led sono in grado di emettere un raggio luminoso in modalità monocromatica espressa nell'ordine dei mWatt . L'interazione tra le radiazioni luminose a bassa intensità e le strutture cellulari stimolano il citocromo C ossidasi situato nella membrana mitocondriale che traduce lo stimolo luminoso in energia .

Micro dermoincisione controllata: attraverso le 5 protuberanze di cui è dotato il manipolo, composte ognuna da un duplice cono; il primo serve a mettere in tensione la pelle e consente al secondo, il cono superiore, di penetrare completamente all'interno dello strato dell'epidermide, senza alterazione della membrana basale, provocando con la sua azione plurimi microtraumi che stimolano le cellule della cute trattate, ciò comporta, la produzione di collagene, acido ialuronico ed elastina da parte dei fibroblasti.

L'APS, è indicata: trattamento del terzo superiore del volto · fronte e gabella, zone periorculari . Terzo inferiore del volto , rughe periorali e nasogeniene, linea mandibolare, contouring del viso. Nel trattamento di collo e décolletè, anche per tonificare l'areola mammaria e il capezzolo, l'addome, sia per la lassità post partum o fisiologico invecchiamento e per quella fisiologica legata all'invecchiamento, per le braccia (lato volare), il dorso delle mani aumentando la consistenza del derma, lo stesso per l'interno delle cosce e ginocchia e glutei smagliature allo stato di strie rubre , acne attiva e anche negli esiti cicatriziali da acne , cellulite e adiposità localizzate, ha azione antiossidante, stimola Vascular endothelial Growth Factor (VEGF), Trasforming growth factor-beta (TGF-beta), Keratinocyte growth factor (KGF), Platelet-derived growth factor (PDGF), Fibroblast growth factor (FGF 7-12), Interleuchine (IL-1, IL-2,IL-6 IL-10), Macrophage inflammatory protein-2 (MIP-2), TNF-alfa, ROS, Nitric Oxide (NO), Metalloprotease 1- 2 -9 Alpha reductase.

Possibili eventi avversi : pelle iperemica per un tempo variabile tra 2 massimo 6 ore, lieve edema , micro sanguinamento, piccole ecchimosi più facile che si verificano quando si tratta il volto che comunque si risolvono entro 2-5 giorni, sensazione di calore, eritemi, rarissime sono le infezioni, microustioni, lieve sensazione algogena.

Qualora si usi il sistema vacuum, alcuni pazienti sono ad alto rischio di complicanze emorragiche. I seguenti tipi di pazienti sono a maggior rischio di emorragia, che, se non controllate, possono essere potenzialmente letali: pazienti che presentano vasi sanguigni fragili nella ferita come conseguenza di suture ,infezioni, traumi, radiazioni ,pazienti senza un'adeguata emostasi della ferita,pazienti a cui sono stati somministrati farmaci anticoagulanti o inibitori dell'aggregazione piastrinica, pazienti che non hanno un'adeguata copertura di tessuto sulle strutture vascolari.

Il trattamento è assolutamente controindicato in soggetti con patologie cutanee attive, donne in gravidanza, pazienti che presentano difetti di cicatrizzazione, alterazioni della coagulazione , collagenopatie, coloro che portano un pace-maker, su pazienti che soffrono di aritmie cardiache e di epilessia. affetti da flebite, in caso di febbre, tromboflebite e malattie gravi. In caso di traumi, stress muscolari o altri problemi di salute, consultare il medico. Non utilizzare vicino a ferite non ancora cicatrizzate se si usa il vacuum,portatori di grosse protesi metalliche, pazienti sottoposti di recente a lipofilling o a fillers non riassorbibili, in soggetti affetti da diabete grave, neuropatie, nelle forme gravi di ipertensione e cardiopatia, in corso di dermatiti allergiche, infettive o traumatiche, in caso di aspettative irrealistiche.

L'esito del trattamento sarà, dunque, temporaneo; al fine di giungere ad un miglioramento sensibile del mio stato pre trattamento sono stata posta a conoscenza che dovrà essere adottato il seguente protocollo: una seduta ogni settimana per almeno 6/12 volte, sospensione del trattamento per 4/6 mesi, eventuale ripetizione del ciclo . Tuttavia l'esito del trattamento ed il relativo protocollo potrà variare da paziente a paziente e dalla tipologia di inestetismo.

Il presente modello è solo integrativo dell'estesa informazione ricevuta dal Dr./Prof. _____ durante i colloqui che hanno preceduto il trattamento, in particolare sono stato/a posto/a a conoscenza:

- Delle reazioni comuni a tutti i trattamenti eseguiti in medicina estetica.
- Delle reazioni rare al trattamento.
- Delle possibili complicanze.



APS srl
Via Einstein n° 8 (c/o Parco Tecnologico E. Torricelli)
48018 Faenza (RA) - Italia
Tel. +39 0546 46193 - P.Iva 02520970399

apsdevice.com

Che il Dr./Prof. _____ mi ha reso esaurientemente tutte le informazioni e le indicazioni relative alle precauzioni ed avvertenze da usarsi nei giorni precedenti e successivi al trattamento al fine di favorire la normale guarigione ed evitare complicanze, ed al fine, altresì, di non inficiare il buon esito del trattamento stesso. Sono stata/o informato/a circa la possibilità che disattendendo tali precauzioni ed avvertenze, potrei pregiudicare l'esito del trattamento. A tal proposito mi impegnerò a seguire pedissequamente tutte le indicazioni che mi verranno rese durante e dopo il trattamento ed in particolare:

- Evitare sole e l'abbronzatura con lampade UVA dopo il trattamento.

Sono a conoscenza che il verificarsi delle descritte reazioni o complicanze o esiti, potrebbe causare la riduzione delle mie attività sociali per un periodo di tempo variabile

Dichiaro

Di aver letto attentamente il presente documento, e di averne riconosciuto i contenuti medesimi dell'informazione già ricevuta in forma orale durante i colloqui con il Dr./Prof. _____.

Di aver ricevuto tutte le informazioni e i chiarimenti richiesti in merito al trattamento e ne ho ben compreso le finalità, le complicanze, i rischi ed i possibili esiti.

So che non può essere pronosticato a priori l'esatto risultato ed a tal proposito dichiaro che nessun impegno o garanzia di un ben determinato risultato che si otterrà dopo il trattamento mi è stata data dal Dr/_____, pertanto dichiaro di manlevare il dr/Prof. ___ dalla mancata rispondenza di fine estetico del miglioramento auspicato.

Sono a conoscenza che la percentuale di miglioramento del difetto da correggere, l'entità, la tollerabilità della sostanza e la sua durata, la simmetria del risultato, dipendono non solo dalle tecniche impiegate e dalla sostanza riempitiva utilizzata ma ancor più dalle risposte dell'organismo.

Dichiaro di aver ottenuto ogni chiarimento necessario ed esaustivo delle informazioni contenute nel presente modello, di aver posto in proposito tutti i quesiti che ho ritenuto opportuni ed ho ricevuto in merito risposte chiare ed esaurienti che ho ben compreso e che mi hanno soddisfatta/o.

Sulla base dell'informazione e dei chiarimenti ricevuti, ed in piena libertà di giudizio, accetto il trattamento proposto.

Autorizzo

Il Dr./Prof. _____ ad effettuare fotografie pre-trattamento che verranno utilizzate esclusivamente a scopi divulgativo/scientifici.

Autorizzo

Il Dr./Prof. _____ ad effettuare il trattamento proposto e sopra descritto.

Firma del Paziente