

# Consenso Informato

## Trattamento PRP (Plasma Ricco di Piastrine)

Dermatochirurgia

### Descrizione della Prestazione

Le piastrine sono cellule del sangue che intervengono in modo specifico nel fenomeno della coagulazione, ma che hanno anche un ruolo importantissimo nella stimolazione della riparazione dei tessuti danneggiati grazie al rilascio di specifici fattori di crescita fra cui per la pelle e i capelli l'IGF 1, FGF e VEGF.

La tecnica consiste nell'effettuare un prelievo di sangue (come quello che si esegue per gli esami del sangue) e raccoglierlo in provette sterili e monouso che vengono messe in uno speciale centrifugatore che divide il sangue in una parte inferiore, dove si sedimentano globuli rossi e sangue, e una parte superiore dove si concentra in plasma, le piastrine e i loro fattori di crescita. Con speciali pipette si provvede così ad aspirare solo il plasma ricco di piastrine (PRP).

La durata media della procedura è di 45 minuti.

Nel campo cutaneo la sua applicazione specifica è per la cura delle ferite, per contrastare l'invecchiamento cutaneo e per la cura del capello.

In genere si effettua un ciclo di trattamenti che a seconda dei casi può richiedere da un minimo di due a numerose sedute (in genere 6-8) e con un intervallo variabile fra 1 e 3 mesi. La risposta è sempre soggettiva e variabile a seconda di ogni singolo e specifico caso e può produrre risultati non prevedibili e quantificabili.

Per quanto riguarda i capelli in particolare, i fattori di crescita stimolano le cellule del bulbo pilifero a mantenere la fase attiva di ANAGEN, a rinforzare il fusto, a ridurre i processi infiammatori e di morte cellulare.

Ogni terapia richiede sedute di mantenimento per consentire una stabilità di efficacia.

### Complicanze

Possibili compressioni o embolizzazioni vascolari con sofferenze cutanee e dei tessuti molli sino alla necrosi.

### Effetti Collaterali

Sono possibili eritemi locali e piccoli ematomi che svaniscono entro qualche giorno.

Non esistono rischi di rigetto in quanto il sangue è autologo, cioè dello stesso paziente, senza possibilità di contaminazione alcuna.

### Controindicazioni al trattamento

Sono rappresentate da patologie tumorali, difetti di coagulazione, disordini metabolici e sanguigni (anemia) ed infezioni locali.

Vanno segnalate patologie in atto, allergie, uso di farmaci e stato di gravidanza.

### Patologie che possono interferire con la prestazione

Piastrinopenie, disturbi della coagulazione

### Terapia che interagiscono con la prestazione

Farmaci anticoagulanti

### Alternative al trattamento

Lozioni, terapie rigenerative autologhe per i capelli, biorivitalizzazione per aging

# Consenso Informato

## Trattamento PRP (Plasma Ricco di Piastrine)

---

Dermatochirurgia

### Descrizione dell'anestesia topica o locale

L'anestesia locale viene utilizzata per i piccoli interventi. Può essere eseguita dal chirurgo in autonomia.

Si effettua mediante una infiltrazione con anestetico locale nella zona in cui si deve intervenire. L'anestetico provoca una perdita reversibile della sensibilità in una regione limitata del corpo. Nella sede di infiltrazione si può avvertire un leggero bruciore che dura pochi secondi e successivamente l'intorpidimento dell'area interessata. Questa sensazione sparisce gradualmente man mano che il farmaco viene smaltito dall'organismo. La durata dipende dal tipo di anestetico usato e dalla necessità di ripetute infiltrazioni di richiamo nel caso di lesioni profonde, ma tendenzialmente si esaurisce nell'arco di poche ore. In presenza di stati infiammatori locali l'anestetico può essere meno efficace. Per diminuire lo stress operatorio, in caso di stati d'ansia, può essere necessario somministrare ansiolitici per via orale.

L'anestesia topica si effettua attraverso il contatto (gocce) dell'anestetico locale con il tessuto da anestetizzare oppure attraverso una crema contenente anestetici che permettono di diminuire la sensazione dolorifica cutanea.

### Effetti Collaterali dell'anestesia topica o locale

Sono rari e possono essere rappresentati da comparse di eritema cutaneo, edema della glottide e shock anafilattico.

### Complicanze dell'anestesia topica o locale

Il rischio maggiore è rappresentato da reazione allergica che può verificarsi in individui sensibili.

### Patologie che possono interferire dell'anestesia topica o locale

Patologie legate ad eventuali allergie

### Terapie che possono interferire dell'anestesia topica o locale

Nessuna

### Alternative all'anestesia topica o locale

Sedazione lieve o moderata

# Consenso Informato Trattamento PRP (Plasma Ricco di Piastrine)

Dermatochirurgia

Etichetta Identificativa del Paziente

## Consenso Informato letto e firmato dall'interessato/a prima del trattamento

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, dichiaro sotto la mia responsabilità, di aver letto e compreso tutte le informazioni inerenti:

- le mie condizioni di salute;
- la tipologia del trattamento sanitario indicato (diagnosi, prognosi e benefici);
- le relative complicanze;
- le alternative al trattamento in oggetto;
- le conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario
- di aver ricevuto dal medico tutti gli ulteriori chiarimenti che ho ritenuto necessari.

Anestesia:

topica                       locale                       nessuna

Pertanto,

- esprimo  
 NON esprimo

il mio consenso al trattamento propostomi di mia spontanea volontà e in piena consapevolezza.

Sede dell'intervento: \_\_\_\_\_  Lato sx  Lato dx

Milano \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e ora \_\_\_ : \_\_\_

Timbro e Firma del Medico della struttura che eroga la prestazione  _____	Firma del Paziente <sup>1</sup>  _____
---	--

Il paziente acconsente alla comunicazione del proprio stato di salute all'accompagnatore di seguito indicato?  SI  NO

Nome e cognome dell'accompagnatore \_\_\_\_\_

Data di nascita dell'accompagnatore \_\_\_\_\_

Familiare / Altro (esplicitare) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La firma deve essere quella dell'interessato. Nel caso ciò non sia possibile, specificare chiaramente per iscritto la qualifica del firmatario, che deve rientrare tra una delle seguenti: chi esercita la responsabilità genitoriale; il tutore o curatore oppure accompagnatore che ha compilato e firmato il Consenso informato per prestazioni sanitarie a persone incapaci di intendere e/o volere.

# Consenso Informato Trattamento PRP (Plasma Ricco di Piastrine)

Dermatochirurgia

## Nel caso di paziente minore

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Padre/Madre del paziente \_\_\_\_\_

- DICHIARO di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale, impossibilitato a presentarsi nella giornata odierna è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della prestazione
- DICHIARO di esercitare da solo/sola la responsabilità genitoriale ai sensi dell'attuale normativa vigente

Firma del Padre <sup>2</sup>  -----	Firma della Madre <sup>2</sup>  -----
---	---

<sup>2</sup> In assenza del Padre/Madre, allegare la dichiarazione di consenso del genitore delegante unitamente alla fotocopia di un documento d'identità del delegante.