

Consenso Informato Eye -Light

-Modulo da compilare dal Paziente prima di ogni seduta-

Gentile Paziente,

a breve beneficerà di un trattamento innovativo per la sindrome dell'occhio secco con l'apparecchiatura Eye-Light®.

Questa brochure contiene informazioni volte a:

- Informarla sulla tecnica di stimolazione delle ghiandole di Meibomio tramite le tecnologie OPE® e LIGHT MODULATION;
- Verificare l'assenza di controindicazioni legate all'impiego di queste tecnologie.

Se tutte le condizioni saranno rispettate e previo il suo consenso informato, il Medico potrà procedere al trattamento in tutta sicurezza e con massima efficacia.

IL TRATTAMENTO:

OPE®: si tratta di una luce policromatica che, grazie ad impulsi termici stimola le ghiandole di Meibomio a riprendere la normale attività. Applicato sulle zone periorbitali e degli zigomi, stimola la contrazione delle ghiandole aumentando il flusso lipidico e riducendo l'evaporazione delle lacrime.

LIGHT MODULATION®: è una tecnologia unica di fotobiostimolazione utilizzata da molti anni in vari campi della medicina (dermatologia, odontoiatria, ecc.). L'emissione di una particolare luce ad una certa lunghezza d'onda, innesca un riscaldamento endogeno delle palpebre. Questo trattamento facilita la fuoriuscita, dalle ghiandole di Meibomio, della componente oleosa del film lacrimale, stabilizzando lo strato lipidico della lacrima.

CONTROINDICAZIONI

Il trattamento è controindicato nei seguenti casi:

- Gravidanza
- Lesioni cutanee sospette nelle regioni da trattare
- Epilessia
- In presenza di protesi metalliche, elettriche, acustiche
- Disturbi del ritmo cardiaco
- Foto-sensibilità
- Utilizzo di farmaci foto sensibilizzanti
- Presenza di nei, da coprire
- Afezioni febbrili in corso
- Tromboflebiti o flebiti delle gambe in fase acuta
- Diabete
- Ipertensione

In caso di assunzione di farmaci come antinfiammatori, anticoagulanti, antibiotici e antistaminici notificare il Medico.

RISCHI E POSSIBILI COMPLICANZE

OPE® - come qualsiasi altro trattamento di luce pulsata, può presentare alcuni effetti collaterali; tra i più comuni ricordiamo: eritema transitorio (arrossamento), prurito ed edema (gonfiore) e iperpigmentazioni transitorie.

L'unità emette una luce di forte intensità che può provocare, **se non adeguatamente protetti**, dei disturbi temporanei agli occhi. Per tale motivo, il paziente **deve indossare** prima del trattamento, **gli occhialini protettivi** forniti dal Medico.

LIGHT MODULATION® - durante l'applicazione possono esserci delle complicazioni temporanee come: dolore leggero, iperpigmentazioni, ipopigmentazioni.

PREPARAZIONE DEL TRATTAMENTO

- Non esporsi al sole, effettuare lampade solari, applicare prodotti autoabbronzanti 15/20 giorni prima del trattamento.
- Non assumere farmaci foto sensibilizzanti o se indispensabile l'assunzione astenersi dal trattamento informando il Medico.
- Non effettuare peeling chimici, fisici, enzimatici prima e durante il periodo del trattamento con la tecnologia di luce.
- In caso di assunzione di farmaci come antinfiammatori, anticoagulanti, antibiotici e antistaminici notificare il proprio Medico.
- In caso il paziente indossi lenti a contatto, è consigliabile toglierle prima di sottoporsi alla seduta.

DECORSO POST TRATTAMENTO

Dopo il trattamento è possibile l'insorgenza di lievi arrossamenti. Si raccomanda di non effettuare altre procedure medico estetiche sulle zone trattate (ma in generale su tutto il viso) per tutta la durata del ciclo. Per almeno 15gg dopo ogni seduta è consigliabile usare occhiali da sole.

Il sottoscritto/ La sottoscritta dichiara di aver letto attentamente i fogli informativi allegati e dichiara il proprio consenso a sottoporsi al trattamento "OCCHIO SECCO" con le tecnologie **OPE®** e **LIGHT MODULATION®**.

Il Medico mi ha spiegato in modo esauritivo in un colloquio informativo le modalità del trattamento, i rischi, gli effetti collaterali, le raccomandazioni post trattamento ed i risultati che si possono ottenere. Ho avuto la possibilità di porre delle domande di chiarimento e dichiaro di aver ricevuto risposte esaurienti. Acconsento ad essere fotografato/a e/o filmato/a prima, durante e dopo le sedute a scopo di documentazione clinica.

DATA.....

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE
