

Dr. Roberto Senatori
Casa Di Cura Villa Margherita
SERVIZIO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Via di Villa Massimo, 48 – 00161 Roma
Tel 0686275591/2



CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DI RESHAPING “*FOTORINGIOVANIMENTO*” VAGINALE denominato “MONNALISA TOUCH”

MonnaLisa Touch

APPROFONDIMENTO DELLA CONDIZIONE CLINICA E DELLA TECNICA

COSA E' L'ATROFIA VAGINALE

L'atrofia uro-genitale o sindrome genito-urinaria insorge a seguito del declino della produzione di estrogeni da parte delle ovaie, dovuto alla menopausa fisiologica o in conseguenza di terapie eseguite per alcuni tumori ginecologici. (terapia ormonale/brachitrapia/chemioterapia)

Questa nuova condizione è caratterizzata da un progressivo assottigliamento dei tessuti epiteliali genitali, della mucosa vaginale e vulvare che, perdendo spessore, si dimostra più delicata, irritabile ed esposta ai traumi.

L'assottigliamento è dovuto principalmente alla perdita di glicogeno all'interno delle cellule che compongono l'epitelio, alla progressiva perdita di collagene nel derma al di sotto della mucosa e alla ridotta irrorazione sanguigna capillare.

L'atrofia vaginale è una affezione la cui diagnosi è clinica e si basa sulla osservazione dei sintomi tipici che la caratterizzano:

- Secchezza e prurito per scarsa idratazione
- Riduzione o assenza di muco di lubrificazione
- Aumento del pH vaginale oltre il 5.0
- Aumento dell'incidenza di vaginiti per riduzione della flora lattobacillare di difesa
- Bruciore per stato infiammatorio cronico
- Dispareunia (dolore durante il rapporto sessuale)
- Lievi perdite ematiche dopo sfregamento o sollecitazione meccanica della parete

COME FUNZIONA IL TRATTAMENTO:

Il trattamento di “fotoringiovanimento” è una procedura fisica e locale : prevede applicazioni consecutive di un raggio CO2 laser pulsato, che emette delicati impulsi frazionati fra di loro da un intervallo di 1000 microsecondi.

Gli spot laser determinano una azione rigeneratrice del tessuto genitale, incrementando il glicogeno endocellulare, promuovendo la produzione di neo-collagene nel derma vulvo-vaginale, stimolando l'irrorazione sanguigna e favorendo quindi la ricolonizzazione della vagina da parte dei lattobacilli, con secondario recupero del normale pH vaginale e della capacità di difesa immunitaria verso i patogeni esogeni.

L'energia laser ridona tono ai tessuti, aumenta il flusso sanguigno e la lubrificazione: riporta alla normalità, senza terapie ormonali , lo stato fisiologico del tessuto genitale.

Le sedute di trattamento non sono dolorose, durano 15 minuti, non richiedono alcuna anestesia, procurano solo una lieve sensazione di calore durante l'applicazione del laser.

Il recuperato turgore della vagina, la corretta lubrificazione e l'assenza di secchezza che il trattamento di reshaping determina, sono percepiti già dopo la prima seduta dal 65% delle donne come riduzione di bruciore, prurito e dispareunia,

Un ciclo completo di trattamento prevede tre applicazioni consecutive a distanza di trenta giorni l'una dall'altra ed un eventuale singolo trattamento circa una volta l'anno di mantenimento.

Sono prevedibili cinque sedute consecutive solo per le donne in trattamento oncologico in atto.

Verrà applicato un protocollo terapeutico standardizzato e validato da lavori internazionali.

PER QUALI DONNE E' INDICATO IL TRATTAMENTO MONNALISA TOUCH?

Il trattamento può essere eseguito da tutte le donne, non ci sono criteri di esclusione.

I trattamenti possono essere ripetuti nel tempo senza alcuna complicazione e sono privi di effetti collaterali.

L'unica controindicazione è la presenza di infezioni vaginali in atto.

QUALI ATTENZIONI SONO NECESSARIE DOPO IL TRATTAMENTO?

Dopo il trattamento è possibile svolgere una vita normalissima, si può continuare la propria attività lavorativa senza alcuna limitazione, si può praticare attività fisica.

Per favorire una ottimale riepitelizzazione dei tessuti, si consiglia una attesa di 7-10 giorni prima della ripresa dei rapporti sessuali.

Per lo stesso periodo è preferibile evitare bagno al mare, in vasca, in piscina, alle terme.

CIO' PREMESSO, Io sottoscritta _____

nata il _____ a _____

DICHIARO DI ACCETTARE PERTANTO IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:

di essere sottoposta all'intervento terapeutico di "fotoringiovanimento" vaginale (RESHAPING), denominato MONNALISA TOUCH.

DICHIARO PERTANTO QUANTO SEGUE...

- Sono stata personalmente informata del tipo, finalità e svolgimento dell'intervento o atto chirurgico.
- Ogni particolare problema riguardante il mio caso è stato discusso in dettaglio.
- Il trattamento verrà eseguito dai Membri dell'equipe di Ostetricia e Ginecologia verso i quali ripongo tutta la mia stima e fiducia.
- Sono consapevole del fatto che non può essere data garanzia assoluta per quanto riguarda il successo dell'intervento e che potrebbe rendersi necessario modificare tecnicamente l'intervento nel corso del suo stesso svolgimento.
- Sono stata adeguatamente istruita sul comportamento da seguire dopo il trattamento.

RICONOSCO CHE....

- Dopo aver ricevuto tutte le informazioni sopra citate, sono stata libera di porre ulteriori domande al Medico Operatore.
- Ho anche avuto sufficiente opportunità di ripensare alle informazioni ricevute e di prendere quindi le mie decisioni in merito, senza nessuna pressione o forzatura, così come ho avuto tempo sufficiente per poter esprimere un consenso meditato all'intervento.

CIO' PREMESSO ED ACQUISITO, ACCONSENTO ED ACCETTO IN PIENA COSCIENZA E RESPONSABILITA',

- Al trattamento laser che mi è stato proposto
- Alla raccolta dei dati personali
- Alle eventuali procedure anestetiche locali con crema, a variazioni o estensioni del previsto intervento nonché a interventi successivi che si rendessero necessari.

NON FIRMARE QUESTI FOGLI SENZA AVERLI PRIMA LETTI ATTENTAMENTE,
CAPITI ED ACCETTATI.

Consenso informato consegnato dal Dott. _____

Il giorno _____ alle ore _____

FIRMA del Medico che ha consegnato il consenso ed informato la paziente sulla procedura chirurgica

Consenso informato sottoscritto, capito ed accettato da parte della paziente

il giorno _____ alle ore _____

FIRMA Paziente/tutore/procuratore/ persona con patria potestà*

* Se firma un solo genitore, dichiara anche, con l'apposizione della firma, che è l'unica persona a possedere la patria potestà o che agisce di comune accordo con l'altro genitore.