

**DOTT. FABRIZIO DE BIASIO**  
MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN  
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA

**CONSENSO INFORMATO FILI DI SOSPENSIONE**

NOME COGNOME del PAZIENTE:

---

Lo scopo di questo modulo di consenso informato è fornire informazioni relative ai rischi, ai benefici e alle alternative della procedura sopra citata. Questo materiale serve come supplemento alla discussione che ha avuto con il Dr. F. De Biasio.

È importante che Lei comprenda pienamente queste informazioni, quindi La preghiamo di leggere attentamente questo documento.

Se ha ulteriori domande sulla procedura è pregato/a di formularle al Dr. F. De Biasio prima di firmare il modulo di consenso.

**IL TRATTAMENTO**

Il trattamento con fili di sospensione rappresenta una tecnica medica che prevede l'impianto per via percutanea a livello sottodermico di fili riassorbibili di policaprolattone o acido polilattico che sono materiali riassorbibili, biodegradabili e biocompatibili (cioè compatibili con il tessuto umano) già ampiamente utilizzati in medicina come fili di sutura. Lo scopo del trattamento è la sospensione e la biostimolazione cutanea del volto attuata grazie all'azione di stimolo della sintesi di collagene, di miglioramento della vascolarizzazione e di sostegno della cute da parte dei fili. La degradazione di fili da parte dell'organismo, proprio perché biodegradabili, è totale in un periodo variabile di 12-18 mesi. Questa variabilità di tenuta è legata alle caratteristiche individuali del prodotto (materiale e spessore del filo impiantato) sia a quelle del soggetto ricevente. L'impianto dermico dei fili di sospensione avviene tramite l'inserimento cutaneo di aghi alla cui estremità è connesso il filo. L'impianto richiede l'esecuzione di anestesia locale nei punti d'ingresso e di uscita degli aghi. Il numero di fili impiantabili può variare in base al quadro clinico e ai risultati ricercati e sarà discusso con il medico. I fili di sostegno impiantati (marca: ..... ) seguono nelle fasi di produzione e di distribuzione un iter legislativo secondo le regole previste dalla C.E. (Comunità Europea) ed imposte dalla legislazione italiana.

**RISCHI E COMPLICANZE**

Il ringiovanimento del viso mediante l'impianto di fili di sospensione è caratterizzato, generalmente, da complicazioni minime e molto rare. Prima di sottoporsi a questa procedura, è comunque essenziale comprenderne gli eventuali rischi, dato che si tratta di una procedura invasiva e in quanto tale, non può essere considerata completamente priva di rischi. I principali, generalmente, non hanno conseguenze e non necessitano terapie particolari, mentre alcuni, decisamente molto rari, possono richiedere una terapia ambulatoriale di qualche giorno.

I principali rischi includono:

- disagio post-trattamento, dato da lieve gonfiore, arrossamento e comparsa di piccoli lividi;
- infezione dell'area trattata, può richiedere l'assunzione di terapia antibiotica;
- reazione allergica all'anestesia locale o al materiale del filo;
- formazione di noduli, generalmente temporanei e a risoluzione spontanea;
- formazione di granulomi, possono richiedere la rimozione del filo posizionato;
- alterazioni della sensibilità o della motilità dell'area trattata conseguente a lesione di strutture nervose, generalmente temporanee ed estremamente rare;
- visibilità dei fili attraverso la cute, scompare al riassorbimento del filo, ma può richiedere la rimozione dello stesso
- Immediatamente dopo l'impianto è normale che siano presenti irregolarità e depressioni cutanee che scompariranno nell'arco di alcuni giorni (massimo 10).

**CONTROINDICAZIONI**

- Allergia documentata al materiale del filo
- Gravidanza in atto
- Herpes in fase attiva; i pazienti predisposti all'Herpes possono effettuare una profilassi preventiva per via orale con farmaci anti-virali

# DOTT. FABRIZIO DE BIASIO

MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN  
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA

- Malattie dermatologiche autoimmunitarie
- Disordini della coagulazione del sangue
- Precedenti trattamenti con filler permanenti (alcuni materiali non sono compatibili tra loro)

## PROCEDURE ALTERNATIVE

Esistono procedure alternative all'utilizzo dei fili di sospensione, quali il trattamento con tossina botulinica, le iniezioni di tessuto adiposo o le iniezioni con fillers.

## ISTRUZIONI DOPO IL TRATTAMENTO

- Nei giorni successivi al posizionamento dei fili è consigliabile evitare di toccare e/o grattare le zone trattate, applicare prodotti cosmetici e/o pomate, esporsi al sole, esporsi a fonti di calore e vento, effettuare attività sportive che comportino sudorazione.
- E' importante evitare i cibi che comportano una masticazione intensa o l'apertura ampia della bocca.
- Subito dopo il trattamento è consigliabile applicare impacchi freddi per circa 10 minuti sulle zone trattate. Il trattamento andrebbe ripetuto più volte.
- Nella notte del trattamento è consigliabile dormire con il capo leggermente sollevato aggiungendo un cuscino.

## CONSENSO

Capisco che questa è una procedura elettiva e con la presente acconsento volontariamente al trattamento con filler per il ringiovanimento del viso o l'aumento o la definizione delle labbra. La procedura mi è stata spiegata dal Dr. F. De Biasio ed ho avuto la possibilità di formulare tutte le domande che desideravo porre ottenendo risposte esaurienti. Ho letto e compreso le informazioni presentate in questo modulo. Accetto i rischi e le possibili complicazioni della procedura e capisco che nessuna garanzia è implicita in merito all'esito della procedura. Le alternative alla procedura mi sono state offerte e completamente spiegate.

---

Nome paziente (stampatello)

Data

Firma paziente

- Al momento non esistono possibilità che io sia incinta e non sto allattando.
- Non ho malattie, quali quelle suddette, che mi impediscano il trattamento con filler.
- Dichiaro di non avere allergie a farmaci o anestetici locali.
- Non mi sono mai sottoposto/a a iniezione di filler permanenti.

---

Nome paziente (stampatello)

Data

Firma paziente

## NORMATIVA PRIVACY (TUTELA DEI DATI PERSONALI)

Come richiesto dal EX DL 196/03 in materia di tutela dei dati sensibili, fornisco il mio consenso affinché il medico possa acquisire le mie informazioni personali e cliniche, le immagini documentali della mia persona, prima, durante e dopo il trattamento, comprendendo la necessità da parte dello stesso di documentare il suo operato allo scopo di poter disporre di un riscontro obiettivo della situazione pre e post trattamento, nonché a distanza di tempo.

A tal proposito, consapevole che sarà garantito il mio totale anonimato e l'assoluta non identificazione della mia persona, [ ] Acconsento [ ] Non acconsento all'utilizzo delle suddette immagini per scopi didattico-scientifici.

---

Nome paziente (stampatello)

Data

Firma paziente