

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO CON EL PRODUCTO LENISNA

En	a	de	de 20
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento / /		
Domicilio	Nº	Población	
DNI	Teléfono	Móvil	

Ponemos en su conocimiento que:

LENISNA[®] es un implante constituido por ácido poli D-L-láctico, un polímero sintético altamente biocompatible y biodegradable (desprovisto de proteínas animales) y ácido hialurónico no reticulado.

El dispositivo está destinado a ser utilizado para la implantación subcutánea para rellenar las depresiones de la piel así como para restaurar y mejorar el volumen de los tejidos blandos, además de estimular la producción de colágeno, mejorando la textura, elasticidad y estructura de la piel.

LENISNA[®] se implanta mediante inyecciones intradérmicas profundas con aguja fina o cánula que producen ligeras molestias transitorias. Tras la inyección, LENISNA[®] induce la producción de nuevo colágeno de forma que se produce una mejoría progresiva de los signos de envejecimiento, sin que en la piel permanezcan restos de ninguna sustancia extraña.

Pueden ser necesarias varias sesiones de tratamiento, cada una de ellas con un intervalo de 4 a 6 semanas, para obtener la mejoría estética deseada.

La cantidad de producto a utilizar en cada sesión varía para cada caso individual. El número de sesiones requeridas para obtener el resultado estético deseado es también variable, y será estimado en mi caso concreto por el médico. Una vez finalizado el tratamiento, pueden ser necesarias sesiones adicionales para mantener la mejoría obtenida, generalmente cada 18-24 meses.

Lenisna está especialmente indicado para pieles caídas, corrección volumétrica de zonas deprimidas y tensado en pacientes con mayor envejecimiento. Se puede aplicar en diferentes zonas faciales como surcos, arrugas, hiperpigmentación, depresiones de la piel, cicatrices atróficas y depresiones faciales por lipoatrofia o remodelación ósea, así como para tratamientos en las siguientes zonas corporales: flacidez de brazos, cuello, escote, abdomen y glúteos.

Los efectos secundarios que pueden asociarse con mayor frecuencia a las inyecciones son: sangrado y dolor pasajero, enrojecimiento de los puntos de inyección y/o edema leve de la zona, que generalmente desaparecen en el plazo de 2 a 6 días. También es posible la aparición de pequeños nódulos palpables, levemente visibles o áreas de induración en la zona tratada, que puede aparecer inflamada o con cambios de coloración. Se recomienda que durante los cinco días siguientes al tratamiento, se realice cinco veces al día un masaje suave en las zonas tratadas durante cinco minutos.

Otros efectos secundarios comunicados en raras ocasiones consisten en: formación de nódulos tardíos, abscesos, reacciones alérgicas, hipertrofia o atrofia cutáneas.

La aparición de cualquier efecto secundario, será comunicado al médico. Una vez finalizado el tratamiento, se recomienda evitar la exposición al sol, rayos UVA o frío y calor intensos, durante las 2-3 semanas siguientes.

Me han preguntado si soy alérgico a algún componente del producto, si estoy siendo tratado con anticoagulantes u otros medicamentos y si en alguna ocasión he desarrollado cicatrices patológicas (queloides, hipertróficas o atróficas). Así mismo si padezco alguna enfermedad autoinmune y se me han aplicado tratamientos estéticos previos con implantes permanentes, semipermanentes o temporales.

Entiendo el procedimiento de administración de LENISNA® y conozco los posibles efectos secundarios descritos. Asimismo, he sido informado/a acerca de la existencia de otras alternativas para tratar mi problema concreto.

Además doy mi consentimiento para el fotografiado o la filmación del tratamiento que se me va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

Me han sido aclaradas las dudas y se me han explicado de forma comprensible, por lo que tras leer este informe, yo,

D./Dña. _____ con DNI nº _____

autorizo al Dr/Dra. _____ para que me realice el tratamiento con LENISNA® y firmo en estos términos.



En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma del paciente:

Firma del médico:
