GAMMA MEDICA SRL

Prof. Federico Garzione

Specialista in Clinica Oculistica

Specialista in Chirurgia Plastica e Medicina Rigenerativa

Via Carlo Poma n.2 00195 ROMA.

Tel O6-3728555

**Consenso Informato per l’utilizzo di Concentrato di Piastrine Autologhe e Fattori di Crescita Piastrinici Autologhi**

Utilizzo di concentrato autologo di piastrine al fine di ………………………………………… …….……………………………………………………………………………………….

(descrizione dell’intervento principale e/o patologia e/o inestetismo)

Presso la seguente Struttura Sanitaria

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………….. di anni……………

residente a……………………………………….. in via……………………………………

tel……………………………………………………….

In relazione all’atto medico terapeutico sopra indicato, dichiaro di essere stato/a esaurientemente

informato/a sulla natura e sugli effetti conosciuti dell’intervento medico richiesto e di seguito

descritto.

Responsabile della procedura è il Dott/Prof.

.…………………………………………………………………………….

Specializzazione di riferimento ………………………………………………………………….

(oculistica, ortopedia, odontoiatria, chirurgia plastica, generale etc.)

**Descrizione dell’intervento e della tecnica**

Questa metodica viene eseguita mediante un prelievo di circa 20 ml del proprio sangue, che

centrifugato, permetterà l’estrazione delle proprie piastrine che verranno attivate e iniettate a

livello del sito di malattia sia preventivamente che nel corso di procedure chirurgiche. In altri casi il

trattamento con fattori di crescita piastrinici viene utilizzato nel periodo postoperatorio sia dopo la

chirurgia sia dopo trattamenti parachirurgici (laser, crioterapia, radiofrequenza, ultrasuoni etc.).

Viene utilizzato materiale autologo, quindi organismo del paziente, per cui non esiste alcuna

possibilità di reazione allergica.

La procedura viene eseguita con tecnologia e materiale non riutilizzabile, marcato CE e tracciabile

in ogni fase.

In letteratura sono state descritte rarissime reazioni infettive dovute a questo tipo di infiltrazioni.

Il meccanismo con cui agisce il concentrato piastrinico è legato alla liberazione di sostanze

contenute all’interno delle piastrine: i cosiddetti fattori di crescita.

Queste molecole agiscono a livello locale favorendo la replicazione delle cellule, la produzione di

nuovi vasi sanguigni e la formazione di nuovo tessuto extracellulare, contribuendo in questo modo

alla rigenerazione ed alla riparazione del tessuto danneggiato. Praticamente viene stimolata la

stessa reazione fisiologica che il nostro organismo innesca dopo una ferita. Successivamente

all’iniezione, anche se raramente, è possibile che si verifichino piccoli gonfiori arrossamenti ed

ematomi, che regrediscono spontaneamente dopo alcuni giorni.

È opportuno che nei primi giorni, venga evitata l’esposizione a temperature troppo calde o fredde.

I protocolli di utilizzo e gestione dei fattori di crescita piastrinici sono legati alla decisione clinica

del medico che può programmare varie sedute di trattamento in tempi diversi in relazione alla

malattia e al suo stadio di evoluzione. La risposta è legata alle condizioni dello stato di malattia o

del grado di inestetismo trattato, possono essere necessarie più sedute ed il trattamento può

essere ripetuto negli anni.

Le iniezioni non sono particolarmente dolorose ma è comunque possibile utilizzare una crema

anestetica circa 30 minuti prima di iniziare il trattamento o in altri casi una terapia antidolorifica preliminare. Non è previsto il digiuno ne l’assistenza dell’anestesista.

Per la patologia in trattamento sono previsti n……….. trattamenti per cui il presente consenso

informato è riferito a tutte le sedute previste

Il Servizio Trasfusionale di riferimento è ASL ……………………

Rischi generici

La procedura comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia,

all’età del paziente e alle sue condizioni generali.

Rischi specifici

Sono in relazione all’intervento chirurgico cui viene abbinata la somministrazione di concentrato

piastrinico.

L’utilizzo dei fattori di crescita piastrinici è controindicato in gravidanza, pazienti con malattie

infettive, gotta, epatite B e C, pazienti affetti da patologie tumorali, malattie ematologiche in

particolare delle piastrine, HIV.

In qualche caso il responsabile della proceduta può valutare preventivamente l’esame del sangue

in relazione alla qualità e quantità dei componenti ematici.

Le procedure ed i mezzi utilizzati, allo stato attuale, sono riconosciute come quelle più idonee da

un punto di vista medico scientifico.

Dichiaro comunque di essere allergico/a alle seguenti sostanze:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

e di aver già eseguito le seguenti terapie e procedure (mediche, chirurgiche, parachirurgiche,

estetiche):

…………………………………………………………………………………………………….

Dichiaro di non essere in gravidanza ……………………….

Autorizzo la gestione dei miei dati per uso esclusivamente medico e scientifico

Preso atto di quanto sopra illustrato, accetto le procedure

mediche/chirurgiche/parachirurgiche proposte ed i relativi benefici, rischi e/o complicanze

Data…………………

…………………………………………………………. Firma del paziente

…………………………………………………………… Firma del medico

Il presente consenso informato consta di n. …………. (………… pagine)