



CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CAPEZZOLO INTROFLESSO

IO MEDICAL STP RL – DOTT. LEONARDO M. IOPPOLO
SPECIALISTA IN CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA

RICEVO IL PRESENTE CONSENSO DOPO AVERLO DISCUSO E COMPRESO CON IL DOTT. LEONARDO M. IOPPOLO IN DATA ____/____/____ CONTESTUALMENTE ALLA PRIMA VISITA EFFETTUATA, HO AVUTO IL TEMPO DI LEGGERLA E CHIEDERE TUTTI I CHIARIMENTI AL DOTT. LEONARDO M. IOPPOLO

Lo scopo del seguente modulo di consenso è di fornire al paziente, in aggiunta al colloquio preoperatorio con il chirurgo, le informazioni riguardanti le caratteristiche ed i rischi connessi con all'intervento di correzione capezzolo introflesso.

La preghiamo pertanto di leggere attentamente quanto segue, di discutere con il chirurgo la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e quindi di firmare questo documento come conferma di avere ben compreso le informazioni ricevute.

FINALITA'

L'intervento di correzione della introflessione del capezzolo mira a ripristinare una normale anatomia della regione areolare, andando a evitare il ripresentarsi di episodi infiammatori legati alla introflessione della cute e la conseguente intertrigine che ciclicamente si crea in questi casi.

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

L'intervento non deve essere eseguito in Pazienti gravide; in caso di dubbio, devono essere effettuate le indagini specifiche.

Prima dell'intervento dovranno essere consegnati i referti delle analisi e degli esami pre-operatori prescritti, in particolare **dell'ecografia e/o mammografia** e il presente prospetto informativo firmato. L'ecografia o la mammografia pre-operatoria hanno il duplice scopo di accertare l'eventuale presenza di tumori mammari altrimenti non evidenziabili e di ottenere un'indicazione di base utile per un confronto con eventuali ulteriori esami diagnostici che verranno eseguiti negli anni successivi all'intervento.

Almeno una settimana prima dell'intervento viene **evitata l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico e FANS** (es. Alka Seltzer, Ascriptin, Aspirina, Bufferin, Cemerit, Vivin C, ecc) e deve essere evitata la contemporanea assunzione di anticoagulanti orali ovvero il proseguimento di tali terapie deve essere concordato con il Medico Curante. Per quanto riguarda la contemporanea assunzione di sostanze come eparina a basso peso molecolare, la sospensione o meno andrà adeguatamente discussa con il Chirurgo.

Almeno **un mese prima si raccomanda di sospendere il fumo**, che ha influenze decisamente negative sulla vascolarizzazione cutanea e del grasso, andando quindi ad aumentare il rischio delle complicanze post-intervento

Informare il chirurgo di qualsiasi eventuale trattamento con farmaci (soprattutto cortisonici, contraccettivi, antipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, ecc.).

Firma paziente: _____



CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CAPEZZOLO INTROFLESSO

IO MEDICAL STP RL – DOTT. LEONARDO M. IOPPOLO
SPECIALISTA IN CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA

Segnalare immediatamente l'insorgenza di raffreddore, mal di gola, tosse, malattie della pelle. Organizzare, per il periodo post-operatorio, la presenza di un accompagnatore.

Alla vigilia dell'intervento:

Praticare un accurato bagno di pulizia completo; rimuovere lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi. Depilazione della regione ascellare con un rasoio elettrico (regola barba), l'uso di rasoio è da evitare nei 3 giorni che precedono intervento,

Prima dell'intervento deve essere osservato digiuno i almeno 8 ore da cibi solidi e bevande. Il giorno dell'intervento è consigliabile indossare indumenti con maniche comode e completamente apribili sul davanti, calzature senza tacco e portare un reggiseno elastico con spalline regolabili e apertura anteriore, come consigliato dal Chirurgo.

MODALITA' DELL' INTERVENTO

In rapporto allo stadio della contrazione dei dotti (stadio I introflessione non costante, stadio II introflessione trattabile con manovre esterne ma con recidiva immediata, stadio III contrazione permanente non riducibile con manovre esterne) e all'età della paziente si può intervenire con manovre chirurgiche che possono risparmiare in parte i dotti, ma che sono proponibili solo nei stadi I e II e interventi di resezione totale dei dotti che sono indispensabili nello stadio III.

Le tecniche di resezione dei dotti, sebbene più efficaci, implicano un'assoluta impossibilità di futuro allattamento al seno.

INCISIONI CUTANEE

All'intervento residuano inevitabilmente cicatrici cutanee, esse saranno però disposte in sedi ordinariamente occultabili da un comune reggiseno.

La scelta della sede d'incisione viene concordata prima dell'intervento e dipende dalla situazione anatomica locale.

In genere incisione principale viene eseguita al quadrante inferiore del capezzolo per limitare la visibilità della cicatrice.

POSSIBILI COMPLICAZIONI

Qualsiasi procedura chirurgica, per quanto di modesta entità ed eseguita su Pazienti in buone condizioni generali, comporta la non prevedibile possibilità di complicazioni generali.

Statisticamente si può affermare che in persone in buone condizioni generali, i cui esami clinici preoperatori non dimostrino alterazioni significative, l'insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è rara.

Fra le COMPLICAZIONI DI CARATTERE GENERALE, non legate cioè solo a questo intervento, ma possibili in ogni intervento chirurgico, sono da ricordare l'emorragia, l'infezione, l'ematoma, il sieroma, la deiscenza di parte delle suture e la tromboembolia.

- Un modesto sanguinamento della ferita rientra nella normalità. Se di entità importante

Firma paziente: _____



CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CAPEZZOLO INTROFLESSO

IO MEDICAL STP RL – DOTT. LEONARDO M. IOPPOLO
SPECIALISTA IN CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA

(emorragia) può richiedere un re-intervento chirurgico per la chiusura del vaso che ha causato la stessa.

- La formazione di ematomi (raccolte di sangue in profondità) o sieromi (raccolte di siero) si può verificare nei primi giorni dopo l'intervento. L'ematoma si manifesta con l'insorgenza di possibili aumenti di volume o di dolori in sede di intervento; il sieroma si manifesta con una sintomatologia meno acuta e più tardiva.

- L'infezione si manifesta con dolore, arrossamento della pelle e gonfiore accompagnati o meno da febbre e viene trattata generalmente con antibiotici, medicazioni locali e, solo raramente, richiede un intervento chirurgico. Può determinare perdita di tessuto e conseguenti cicatrici di scadente qualità e/o alterazioni della superficie delle mammelle. Sarà prescritta una profilassi antibiotica al fine di ridurre il rischio.

- La riapertura spontanea della ferita (deiscenza) può avvenire in zone di aumentata tensione ed è più frequente nelle Pazienti diabetiche e fumatrici. Spesso guarisce spontaneamente con medicazioni; più raramente necessita di una nuova sutura.

- Reazioni allergiche: in rari casi, sono state segnalate allergie locali al cerotto, ai materiali di sutura, alle colle, o alle preparazioni topiche. Reazioni sistemiche gravi tra cui shock (anafilassi) possono verificarsi in risposta ai farmaci utilizzati durante l'intervento chirurgico e ai farmaci da prescrizione. Le reazioni allergiche possono richiedere un trattamento aggiuntivo. È importante informare il proprio medico di eventuali precedenti reazioni allergiche.

Fra le COMPLICAZIONI SPECIFICHE si segnalano

- Necrosi del complesso areola capezzolo. Tale evenienza richiede un iniziale trattamento conservativo con medicazioni, seguito, se opportuno, da un intervento per la ricostruzione dell'areola e del capezzolo

- Riduzione delle Sensibilità:

L'intervento chirurgico può causare una riduzione dell'innervazione del capezzolo.

In genere il complesso areola capezzolo recupera un buon grado di sensibilità già a sei mesi dall'intervento. Possono però residuare aree di ipo-estesia o anestesia non preventivabili prima dell'intervento.

Impossibilità di allattamento: in tutte le tecniche con sezione totale dei dotti e in minor misura per le tecniche con preservazione è annullata (tecniche sezione) o ridotta (tecniche di preservazione) la possibilità di futuro allattamento al seno

RECIDIVA DELL'INTROFLESSIONE: la rottura precoce delle suture utilizzate per mantenere la correzione chirurgica in attesa della formazione della cicatrice o una contrattura cicatriziale dei tessuti posti internamente al capezzolo possono causare una recidiva della condizione. In tal caso sono necessari ulteriori interventi chirurgici di correzione, che rimangono a totale carico del paziente.

Infezione delle suture interne o formazione di granulomi da corpo estraneo o di cisti, anche se raramente le suture riassorbibili possono andare incontro a questo tipo di problematica che rischierà ulteriori trattamenti di tipo antibiotico/chirurgico

Firma paziente: _____



CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CAPEZZOLO INTROFLESSO

IO MEDICAL STP RL – DOTT. LEONARDO M. IOPPOLO
SPECIALISTA IN CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA

CICATRICI ED ALTRE SEQUELE

Le cicatrici cutanee residue all'intervento sono generalmente poco visibili, anche perché situate in pieghe naturali.

La qualità delle cicatrici varia con il passare dei mesi e dipende in gran parte dalla reattività cutanea individuale. Generalmente la loro visibilità diminuisce con il tempo.

Pertanto, talune Pazienti, a causa di una eccessiva reattività cutanea, possono sviluppare cicatrici arrossate o rilevate e perciò facilmente visibili, che durano diversi mesi o sono permanenti (cicatrici ipertrofiche) o cicatrici "allargate" di colore normale (cicatrici ipotrofiche). Si tratta di un'evenienza non prevedibile, seppure di raro riscontro. Cicatrici inestetiche e di cattiva qualità possono essere corrette con trattamento medico o con un intervento dopo un congruo periodo di tempo (6-12 mesi dall'intervento).

In casi di particolare predisposizione individuale le cicatrici si estendono oltre i limiti dell'incisione chirurgica (cheloidi) e rappresentano un processo patologico di difficile trattamento.

CONSENSO INFORMATO A INTERVENTO CORREZIONE CAPEZZOLO INTROFLESSO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO A

IL

RESIDENTNE A:

VIA

DICHIARO di aver letto il protocollo di consenso informato unito alla presente scheda. L'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo (DOTT. IOPPOLO) e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

In particolare so che:

Sono stata informata in modo chiaro e comprensibile circa tutti i rischi generici e specifici, anche se marginali, riguardanti sia la preparazione che l'esecuzione dell'intervento chirurgico, in quanto la legge prescrive che il paziente sia edotto preventivamente che ogni intervento chirurgico può comportare morte, embolia, lesioni nervose, infezioni locali e generalizzate, emorragie, necrosi tissutali.

All'intervento residueranno necessariamente delle cicatrici.

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito alle zone trattate moderato dolore, che si attenuerà in un periodo variabile di pochi giorni fino a scomparire completamente a qualche settimana dall'intervento.

È normale che si manifestino sulle regioni trattate delle ecchimosi destinate a scomparire.

In rari casi si possono verificare delle raccolte ematiche o sierose, necrosi cutanee e processi infettivi.

L'intervento di correzione dei capezzolo introflessi **preclude la capacità di allattamento.**

Sono consapevole che dopo l'intervento potrebbe non risultare una perfetta simmetria dei capezzoli e che per ottenerla potrebbero rendersi necessari ulteriori interventi chirurgici, avranno costi ulteriori non compresi in quelli del primo intervento, non essendo in alcun modo assicurato la perfetta simmetria tra le due mammelle dopo intervento.

La protesi potrebbe risultare palpabile o i bordi visibili, soprattutto in pazienti magre che decidono di

Firma paziente: _____



CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CAPEZZOLO INTROFLESSO

IO MEDICAL STP RL – DOTT. LEONARDO M. IOPPOLO
SPECIALISTA IN CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA

AUTORIZZO

Il dr. Leonardo Ioppolo ed i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento di Correzione introflessione dei capezzoli	<input type="checkbox"/> BILATERALE <input type="checkbox"/> DESTRA <input type="checkbox"/> SINISTRA
TECNICA	<input type="checkbox"/> resezione dotti <input type="checkbox"/> conservativa
L'intervento richiederà un'anestesia	<input type="checkbox"/> GENERALE <input type="checkbox"/> LOCALE CON SEDAZIONE <input type="checkbox"/> ASSIALE CON SEDAZIONE

CONSIDERAZIONI SPECIFICHE DEL CASO DISCUSSE PREOPERATIVAMENTE

AUTORIZZO

Il dr. Leonardo M. Ioppolo e i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo post-operatorio.

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere e l'entità e la durata del risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi e sieromi, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo. Tali complicazioni possono essere trattate e a tal fine acconsento a sottopormi alle cure del caso, eventualmente anche chirurgiche. Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato.

Sono consapevole che in caso di complicazioni o effetti collaterali o risultati poco soddisfacenti conseguenti all'intervento dovrò informarne con sollecitudine il Dott. Leonardo Ioppolo (tel. 3492899140) che metterà in atto un tempestivo e adeguato trattamento secondo le buone regole della Medicina. Qualora non informassi il Dott. Leonardo Ioppolo sono consapevole che egli si riterrà sollevato da ogni responsabilità sull'evoluzione del mio caso e non si riterrà responsabile di correzioni o consigli forniti da altri Colleghi.

DATA DEL CONSENSO: ____/____/____

FIRMA DEL CHIRURGO CHE ACQUISISCE IL CONSENSO
Dr. Leonardo M. Ioppolo
Omceo RC 9709

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili delle mie immagini e rinuncia ai diritti di immagine ed ai relativi compensi

Firma paziente: _____



CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CAPEZZOLO INTROFLESSO

IO MEDICAL STP RL – DOTT. LEONARDO M. IOPPOLO
SPECIALISTA IN CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA

La legge stabilisce che la persona abbia diritto a ricevere le informazioni circa la finalità e la modalità di trattamento dei suoi dati personali e che l'interessato presti il proprio consenso espresso per iscritto. Il trattamento dei dati, per i quali viene chiesto il consenso, si rende necessario per assolvere agli obblighi di legge e per le seguenti finalità:

- **inserimento dei dati su supporto informatico e cartaceo da parte del Dottor Leonardo Michele Ioppolo per la gestione dell'archivio**
- **utilizzo dei dati, ivi comprese le immagini, per le finalità professionali del Dottor Leonardo Michele Ioppolo e per le attività e servizi da esso svolti**

Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Dott. Leonardo Michele Ioppolo.

Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo, residente a Messina in via Consolare Valeria n.50

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo, Il Responsabile del trattamento è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge e per l'informazione integrale sui servizi medico chirurgico offerti e per l'espletamento del progetto di riproduzione, elaborazione, trasformazione, e duplicazione dell'immagine del sottoscritto, in qualunque formato e con qualunque mezzo, per l'attivazione del servizio informativo tramite web e opuscoli cartacei.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

La dott.ssa Leonardo Michele Ioppolo non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- ottenere la limitazione del trattamento;
- ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

Firma paziente: _____



CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CAPEZZOLO INTROFLESSO

IO MEDICAL STP RL – DOTT. LEONARDO M. IOPPOLO
SPECIALISTA IN CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo e-mail leonardoiooppolo@gmail.com o tramite servizio postale presso l'indirizzo della sede legale.

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

DICHIARO

Di conoscere: il nominativo e la sede del titolare del trattamento, nonché l'identità del responsabile; i diritti di cui all'art. 13; le modalità del trattamento cui sono destinati i dati; i dati il cui conferimento ha natura obbligatoria, i dati il cui conferimento ha natura facoltativa, e le conseguenze di un eventuale rifiuto; i soggetti ai quali i dati possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei medesimi; le finalità del trattamento, comprese quelle di promozione ed informazione commerciale.

Per espressa ricevuta dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e per l'attestazione di averne ben compreso il contenuto e di aver avuto modo e tempo di porre ogni quesito al Dottor Leonardo Michele Ioppolo circa il trattamento e la conservazione dei miei dati, anche sensibili, e dei miei relativi diritti.

esprimo il consenso **NON** esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli

considerati come categorie particolari di dati.

Diritti d'immagine

Io sottoscritto mi impegno sin d'ora a non sollevare eccezioni contro la pubblicazione di fotografie, riprese o riproduzioni grafiche sia digitali che cartacee, in seno a siti internet, manifestazioni organizzate dal Dottor Leonardo Michele Ioppolo o da suoi partner promo-pubblicitari. L'utilizzo della mia immagine a trasmissioni, manifestazioni, pubblicazione di articoli, interviste, fotografie, riprese video, riproduzioni di qualsivoglia genere, inserimento in canali web non darà diritto ad alcun compenso.

Il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è autorizzato ad utilizzare le mie fotografie per gli scopi che riterrà più opportuni nell'ambito della propria attività professionale:

- che il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è libero di utilizzare, in qualunque forma e modo, in Italia e all'estero, le mie immagini, sia in forma digitale che mediante qualsivoglia riproduzione senza limitazioni di vincolo, per tutti i fini, anche se solo connessi all'attività svolta.
- che il materiale fornito potrà essere inserito nei canali web di titolarità del Dottor Leonardo Michele Ioppolo e in ogni supporto cartaceo, quali opuscoli, rivista ecc.
- che il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è libero di effettuare elaborazioni, trasformazioni, e duplicazioni delle mie immagini, in qualunque formato e con qualunque mezzo;
- che per le elaborazioni, trasformazioni, e duplicazioni delle mie immagini e della sua prestazione, in qualunque formato e con qualunque mezzo, che sarà comunque facoltà del Dottor

Leonardo Michele Ioppolo utilizzare, e per tutto quanto fin qui convenuto, nonché per quanto eventualmente spettante in virtù delle disposizioni in materia di diritto d'autore, in vigore tempo per tempo, rinuncia alla corresponsione di qualsivoglia compenso e/o rimborso spese.

esprimo il consenso **NON** esprimo il consenso alla pubblicazione delle mie immagini

Firma paziente: _____