



CONSENSO INFORMATO

Dopo aver letto il precedente documento, do il mio consenso a effettuare delle sedute di stimolazione delle ghiandole di Meibomio tramite luce pulsata (lampada flash) con l'apparecchio **E-Eye**.



Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Data e firma

(firma di almeno un genitore per i minori)

QUESTIONARIO DI COMPATIBILITÀ

L'E•Eye non deve essere utilizzato sulle persone incompatibili con un trattamento a luce pulsata.

In caso di dubbio su una patologia e/o un trattamento in corso, segnalarlo prima della seduta. Se il proprio stato di salute cambia durante le sedute, segnalarlo al medico.

Compilare il questionario seguente prima di ogni seduta:



	Seduta 1		Seduta 2		Seduta 3		Seduta 4 (opzionale)	
	sì	no	sì	no	sì	no	sì	no
Sei incinta?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hai antecedenti di allergia al sole?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sei stato/a esposto/a a radiazioni UV ad alta pressione negli ultimi dieci giorni?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hai subito scottature sul viso la cui guarigione risale a meno di un mese fa?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hai antecedenti di patologie dermatologiche al viso?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Presenti infezioni a livello della zona da trattare?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fai uso di un trattamento medico fotosensibilizzante?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hai dei tatuaggi o del make-up permanente a livello della zona da trattare?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fai uso di integratori alimentari che favoriscono l'abbronzatura?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Attualmente fai uso di autoabbronzanti?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hai la pelle nera (fototipo VI)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sei diabetico/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sei epilettico/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Porti un pacemaker?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐