

# Crystal Piercing

(piercer dott. Antonino Catanese)

## MODULO CONSENSO INFORMATO

Il\la sottoscritto\ta.....nato\ta.....il.....  
Residente.....Prov.....

### Dichiara sotto la propria responsabilità di essere stato informato che:

- Con il piercing possono essere trasmesse malattie infettive anche gravi, quali l'AIDS e le Epatiti virali B e C.
- Si può essere, o diventare, allergici ai metalli.
- Non si possono praticare piercing su cute con processo infiammatorio in atto.
- Per rimuoverlo può essere necessario ricorrere ad interventi chirurgici di piccola – media entità.

**Dichiaro inoltre di essere stato informato** sui rischi legati all'esecuzione e sulle precauzioni da tenere dopo l'effettuazione del piercing.

Data.....

Firma.....

**Per i minorenni, il presente consenso informato, dovrà essere sottoscritto da un genitore o dal tutore che autorizza il piercing.**

Sottoscrive la presente il sig.\sig.ra.....  
nato\ta a .....il.....residente a.....  
all'indirizzo.....

Tipo documento d'identità:  carta d'identità  patente  altro(.....)numero.....  
genitore/legale rappresentante del minore sopraccitato, al fine di prestare consenso informato in nome e per conto del figlio..... nato\ta a .....  
il ..... residente.....

Data.....

Firma.....

**Tipo di piercing**.....

In questo studio vengono utilizzati esclusivamente materiali anallergici ed altamente biocompatibili. Si precisa inoltre che le procedure di disinfezione e sterilizzazione garantiscono la massima sicurezza per il cliente e l'operatore.

L'applicazione di un piercing, come qualsiasi altra pratica in cui si vada ad agire sul corpo umano, può comportare dei rischi a breve e lungo termine. In un soggetto con problemi di salute, fisici e/o psichici, non è escluso che possa creare problemi; è consigliabile consultare il proprio medico o uno specialista in caso di problematiche anche lievi. A tal fine il piercer mette a disposizione del cliente e del suo medico le schede tecniche e tutte le informazioni riguardanti i materiali e le attrezzature.

Alcune persone possono affrontare la pratica con una tensione eccessiva che può causare crisi di panico, svenimenti o, in casi di epilessia, essere la causa scatenante di una crisi.

Poiché il piercing crea delle ferite a tutti gli effetti anche problemi di salute come il diabete, malattie endocrine, problemi di coagulazione o situazioni di immunodepressione (ridotte difese immunitarie) la consultazione del medico risulta indispensabile. La pratica è sconsigliata a chiunque sia in uno stato mentale alterato, qualunque sia il motivo (alcool, sostanze stupefacenti anche leggere, psicofarmaci o altro).

Prima di procedere alla prestazione richiesta si chiede al cliente di comunicare agli operatori il proprio stato di salute attraverso il questionario di "dichiarazione di consapevolezza" (sotto riportato) che nel caso di un soggetto minorenni deve essere compilato da uno dei genitori o dal tutore legale.

Si informa inoltre che il risultato finale dipende anche dalla corretta cura del piercing che deve essere effettuata dal cliente per tutto il periodo di guarigione della ferita. Alla fine della prestazione verrà consegnato un modulo con le istruzioni da seguire scrupolosamente in base alla tipologia del lavoro.

Il piercer è a disposizione del cliente per qualsiasi dubbio o eventuale problema dovesse insorgere

### **Firma per accettazione e presa visione**

Data.....

Firma.....

### **Dichiarazione di consapevolezza**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a.....(.....) il ...../...../.....

Tipo di documento.....N°.....Data di scadenza.....

**Dichiaro che:**

Sono nel pieno possesso delle mie facoltà mentali	SI	NO
Ho assunto farmaci nelle ultime 24 ore	SI	NO
Sono sotto l'effetto di sostanze o alcool	SI	NO
Soffro di disturbi del sistema nervoso centrale (epilessia o altro)	SI	NO
Soffro di disturbi della coagulazione	SI	NO
Soffro di diabete	SI	NO
Soffro di malattie endocrine	SI	NO
Sono in stato di gravidanza e\o allattamento	SI	NO
Ho in corso malattie infettive (varicella, epatite, altro...).	SI	NO
Se si indica quale:		

Dichiaro di sollevare il piercer da ogni possibile responsabilità non derivante da una condotta errata

Data.....

Firma.....

Ai sensi e agli effetti della legge 675\96, autorizzo il piercer Antonino Catanese (Crystal) a conservare a scopi di legge il presente documento contenente dati personali, informato che essi non saranno in alcun modo oggetto di comunicazione a terzi.

Firma.....