

# ATLÉAN

## **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA SER TRATADO CON ATLÉAN®**

Atléan® es un gel compuesto por Ácido Hialurónico y partículas de Fosfato Tricálcico que se inyecta en la piel provocando un efecto tensor que atenúa y/o elimina arrugas, líneas de expresión y cicatrices, ya que actúa estimulando la producción de colágeno en la piel.

Atléan®, se inyecta en la piel y es reabsorbido completamente por el organismo, por lo que los efectos no son permanentes aunque sí duraderos.

Es común que tras la aplicación de Atléan®, aparezcan algunas reacciones adversas leves y pasajeras debidas a la inyección. Estas reacciones incluyen rojeces, inflamación, dolor, picor o escozor, amoratamiento y sensibilidad en la zona donde se ha inyectado. Además la piel puede blanquearse si el médico le aplica la inyección en una zona muy superficial de la piel, pero desaparecerá espontáneamente. En ocasiones puede sentir pequeños bultitos debajo de la piel que desaparecerán en unos días, si eso sucediese puede realizar suaves masajes en la zona afectada que ayudarán a la desaparición de los mismos.

Mi médico me ha informado sobre cómo realizará el tratamiento, los efectos secundarios que puedo sufrir, así como de que según el área tratada, el tipo de piel y la técnica de inyección aplicada, el efecto del tratamiento con Atléan® puede durar alrededor de 12 meses, aunque en algunos casos la duración del efecto puede ser más corta o más larga. Un tratamiento de retoque a las 6 semanas, ayuda a mantener el grado de corrección o de tensado facial deseado. En caso de no realizarse, el efecto se reducirá y la duración del mismo se acortará.

La información concerniente a mí y a mi tratamiento con Atléan® puede ser guardada en una base de datos digital y en papel.

Entiendo que mi médico podría mostrar el uso de Atléan® a otros profesionales de la salud durante mi tratamiento.

He tenido la oportunidad de considerar esta información, hacer preguntas y ser contestado debidamente, además de responder a todas las preguntas relativas a mi historial medico, de la mejor manera posible, de acuerdo a mi conocimiento.

Doy mi consentimiento para ser tratado con Atléan®.

---

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

---

Firma del paciente

Fecha