

<Logo Studio>
<Riga 1 Emittente>
<Riga 2 Emittente>
<Riga 3 Emittente>
<Riga 4 Emittente>

Magenta, <Data corrente>

Oggetto: DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI CHIRURGIA ORALE

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamoum

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono le informazioni relative al Suo trattamento già oralmente espresse nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

DIAGNOSI:

Lesione cariosa profonda
Pardontopatia diffusa
Ascesso odontogeno
Mobilità degli elementi dentari
Mancanza di uno o più denti dentari

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO:

inserimento di una o più viti in titanio nell'osso mascellare o mandibolare, per ottenere un valido supporto per protesi fissa o mobile. Un impianto può necessitare di un secondo intervento dopo un periodo di tempo variabile, in funzione della metodica impiegata e delle condizioni dei tessuti biologici del paziente, prima di essere caricato con il manufatto protesico.

Nel suo caso:

<Prestazioni>

BENEFICI DELL'INTERVENTO:

Possibilità di sostituire denti mancanti o di avere elementi stabilizzanti nelle protesi mobili.

RISCHI DELL'INTERVENTO:

Sono relativi:

- all'impiego inevitabile di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui soggetti ipersensibili possono risultare allergici (ove vi siano patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza);
- alla non frequente possibilità di insuccesso dell'osteointegrazione per cause non prevedibili; alla necessità di più interventi nella stessa zona;
- alla possibilità intra-operatoria di ricorrere all'inserimento di membrane riassorbibili o non riassorbibili a seconda delle necessità terapeutiche individuali, o all'utilizzo di osso sintetico (osso bovino liofilizzato, idrossiapatite, derivati del corallo o della porcellana per citare alcuni dei "riempitivi" più comuni) nell'evenienza che il sito implantare non offra garanzie di solidità sufficiente del supporto osseo;
- alla lunghezza del periodo che intercorre tra inizio e fine terapia. Risultati estetici ottimali e duraturi sono talvolta difficili da ottenere.

<Logo Studio>

<Riga 1 Emittente>

<Riga 2 Emittente>

<Riga 3 Emittente>

<Riga 4 Emittente>

MATERIALI IMPIEGATI:

- Vite in lega di titanio.
- Materiale di riempimento per difetti ossei (osso bovino liofilizzato, idrossiapatite, derivati del corallo, derivati della porcellana).
- Membrane riassorbibili e non riassorbibili.

COMPLICAZIONI:

dopo l'intervento è possibile avere dolore, infezione, infiammazione od emorragia facilmente controllabili. L'impianto può non integrarsi e dare luogo a infezione nei primi mesi. Raramente si possono ledere strutture quali il nervo alveolare inferiore o il seno mascellare.

NEL SUO CASO VI POSSONO ESSERE I SEGUENTI RISCHI SPECIFICI:

POSSIBILI ALTERNATIVE:

Sono rappresentate dalla protesizzazione con ponti in lega metallica nobile e porcellana e/o protesi mobili parziali o totali in resina a seconda della situazione anatomica individuale.

nel suo caso:

ALTRE INFORMAZIONI RICHIESTE DAL PAZIENTE:

<Logo Studio>

<Riga 1 Emittente>

<Riga 2 Emittente>

<Riga 3 Emittente>

<Riga 4 Emittente>

IMPEGNO CON L'ODONTOIATRA:

Le riabilitazioni protesiche su impianti osteointegrati necessitano di essere mantenute in un perfetto stato di igiene orale. Sono previste visite di controllo ogni 6 mesi. Il mancato rispetto delle suddette visite di controllo e delle relative manovre di igiene professionale sugli impianti può compromettere il risultato della riabilitazione, nonché la validità della Garanzia sul manufatto realizzato.

Io sottoscritto/a <Fraser completa> dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato e di avere consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare.

Letta l'informativa, presto il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate dall'Odontoiatra, dichiarandomi nel contempo disponibile alla esecuzione di quegli esami radiografici, tutti caratterizzati da bassa emissione di radiazioni, cui il'Odontoiatra curante riterrà opportuno io mi sottoponga.

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome>

Firma odontoiatra:

Dr./Dr.ssa <Cognome Op.> <Nome Op.>

<Dati Fiscali Op.>
