

<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 PER ASPORTAZIONE DI DENTI INCLUSI

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloum

Gentile Paziente,

con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento, già oralmente espressi 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:

Avulsione chirurgica di elemento incluso per:

- Ascessi/infezioni ricorrenti
- Tasche parodontali
- trattamento ortodontico
- trattamento ortodontico chirurgico
- danno alle radici dei denti adiacenti

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO:

<Prestazioni>

BENEFICI DELL'INTERVENTO:

L'avulsione di un elemento dentario od ogni altra procedura chirurgica si può rendere necessaria per evitare processi infiammatori, danneggiamento dei denti adiacenti.

RISCHI DELL'INTERVENTO:

Sono relativi: all'impiego inevitabile di anestetico locale, con vasocostrittore o senza (ove sia richiesto per particolari patologie sistemiche preesistenti) a cui soggetti ipersensibili potrebbero risultare allergici; a possibili lesioni ossee o parodontali;

Inoltre i rischi specifici sono:

- mancata estrazione e/o estrazione parziale con permanenza di residui radicolari
- emorragia, sanguinamento
- formazione di ematomi/sieromi
- deiscenza della ferita chirurgica
- infezioni con eventuale necessità di reintervento
- danni a elementi dentari adiacenti (secondi molari)
- frattura di mandibola
- fistola orosinusale
- alterata sensibilità del labbro, della lingua e dell'emiarcata dentale interessata dall'estrazione con sensazione simile al persistere dell'anestesia dell'odontoiatra di natura transitoria e/o permanente

<Logo Studio>

<Riga 1 Emittente>

<Riga 2 Emittente>

<Riga 3 Emittente>

<Riga 4 Emittente>

COMPLICAZIONI:

Le complicazioni dopo l'esecuzione del trattamento possono essere le seguenti: comparsa di edema (gonfiore), ecchimosi (livido), edema palpebrale omolaterale o bilaterale, alterata sensibilità temporanea del labbro, difficoltà a masticare, deglutire e parlare.

NEL SUO CASO VI POSSONO ESSERE I SEGUENTI RISCHI SPECIFICI:

POSSIBILI ALTERNATIVE:

ALTRE INFORMAZIONI RICHIESTE DAL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a <Frase completa> dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a e di avere compreso lo scopo e la natura della chirurgia parodontale e rigenerativa indicata nel presente modulo, e di avere altresì 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.

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome>

Firma odontoiatra

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

<Dati Fiscali Op.>
