

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

Magenta, <Data corrente>

**Oggetto: CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI GRANDE RIALZO DEL SENO MASCELLARE**

**Paziente <Cognome> <Nome>**

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloum

Il/La sottoscritto/a <Frase completa> dichiara di:

1) aver indicato con accuratezza le informazioni necessarie per una corretta anamnesi, al fine di evidenziare eventuali patologie o allergie che controindichino l'inserimento di impianti, ad esami radiologici del cavo orale e di essere stato sottoposto/a ad accurata visita clinica.

2) Essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura delle procedure chirurgiche implantari e che mi sono state illustrate metodiche e soluzioni alternative a questo procedimento.

3) Essere stato/a informato/a delle eventuali complicanze connesse con l'inserimento dell'impianto e che in alcuni casi potrà essere necessario rimuoverlo per le seguenti ragioni:

a) non è stata ottenuta l'osteointegrazione

b) a causa delle conseguenze di perimplantiti.

4) Essere stato/a informato/a che l'innesto di osso autologo dalla cavità endorale (regione mentoniera, retromolare o ramo ascendente della mandibola), così come l'utilizzo di osso omologo (cioè di derivazione umana) o eterologo (cioè di derivazione animale), è un tipo di chirurgia avanzata che presenta rischi di insuccesso in misura percentuale superiore alla tecnica chirurgica implantare convenzionale.

5) Essere stato/a informato/a che l'intervento di GRANDE RIALZO DI SENO MASCELLARE, che prevede l'inserimento di osso autologo, omologo, eterologo, o allogenico di sintesi sotto la cavità del seno mascellare con lo scopo di rigenerare osso per il sostegno degli impianti, è anch'esso un intervento tecnicamente più avanzato e pertanto più esposto all'insuccesso. Durante questo intervento è possibile il verificarsi della lesione della membrana che delimita il seno mascellare. Tale lesione potrebbe favorire il passaggio di frammenti di osso nella cavità sinusale con possibilità di complicanze di natura infettiva delle strutture sinusali, la cui valutazione potrà essere affidata allo specialista del ramo otorino o maxillo facciale

6) Essere stato/a informato/a che nel mio caso l'innesto di materiale:

Autologo

Omologo

Eterologo

Allogenico

risulta consigliato nel tentativo di ricostruire il settore che dovrà ospitare gli impianti con l'obiettivo di ottenere il migliore risultato funzionale, biomeccanico ed estetico possibile.

7) Essere stato/a informato/a che in caso di prelievo o innesto di materiale autologo è possibile il verificarsi nell'immediato post-operatorio edemi, ematomi, ecchimosi, ecc. destinati normalmente a scomparire entro le prime due settimane dall'intervento.

8) Essere stato /a informato/a sulle possibili complicanze legate all'intervento chirurgico. Infiammazione, infezione, dolore ed emorragia sono di norma controllabili a domicilio. Si potranno verificare lesioni di strutture anatomiche quali il nervo alveolare inferiore o seno mascellare, tale evenienza pur se fortemente ridotto dallo studio delle radiografie pre-operatorie resta sempre possibile anche se in una ridotta percentuale di casi.

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

9) Essere stato/a informato/a che per gli impianti a carico immediato secondo le attuali conoscenze, presentano una percentuale di successo sovrapponibili a quelle ottenibili con la tecnica tradizionale. La scelta del carico immediato resta tuttavia vincolato a parametri che possono esseri vincolati solo in sede intra-operatoria. L'evoluzione e le complicazioni di tali impianti sono sovrapponibili a quelli di tipo tradizionale (infezioni, ematomi, emorragie, perimplantiti).

10) Essere stato/a informato/a che il mancato rispetto delle visite periodiche di controllo e di una insufficiente igiene orale possono compromettere il successo dell'impianto per cui mi atterro' rigorosamente, anche in considerazione della complessità dell'intervento, alle indicazioni che fino ad oggi il Dr./Dr.ssa <Cognome Op.> <Nome Op.> mi ha fornito ivi compresa la necessità di effettuare controlli clinici e radiologici con periodicità semestrale , di osservare la stessa periodicità nel sottoporsi alle sedute di igiene perimplantare e generale.

11) Essere stato/a informato/a che il fumo interferisce negativamente con la normale guarigione dei tessuti molli, indispensabile per il successo degli interventi di ricostruzione ossea della cresta alveolare: sono consapevole pertanto della necessità di osservare un periodo di astensione dal fumo non inferiore alle quattro settimane dopo l'intervento.

12) Essere stato/a informato/a che ad eseguire l'intervento sarà il Dr./Dr.ssa <Cognome Op.> <Nome Op.> che si avvarrà della collaborazione del personale medico e paramedico della struttura sanitaria di riferimento.

13) Essere stato/a informato/a che il Dr./Dr.ssa <Cognome Op.> <Nome Op.> eseguirà unicamente l'intervento di prelievo e/o di innesto di osso o impianti, mentre la responsabilità del proseguo della riabilitazione ivi compresa la realizzazione della protesi e della sua funzionalizzazione rimarrà a carico del personale medico della struttura sanitaria di riferimento.

14) Autorizzare i trattamenti medici e chirurgici relativi all'applicazione degli impianti e dell'innesto osseo ben sapendo che nel corso degli interventi si potranno verificare condizioni che richiedono a giudizio del medico modifiche anche sostanziali del piano di cura o re-interventi per ottenere un esito migliore.

#### **EVENTUALI NOTE:**

Io sottoscritto/a \_<Frase completa> dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento; di aver ricevuto tutte le ulteriori informazioni richieste sul piano di trattamento proposto e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare o essere connesse al predetto intervento.

**Letta l'informativa, presto il mio consenso all'intervento che mi è stato dettagliatamente illustrato e spiegato dall'Odontoiatra.**

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome>

---

Firma odontoiatra:

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

<Dati Fiscali Op.>

---