

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

Magenta, <Data corrente>

Oggetto: CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTO INNESTI DI OSSO / CHIRURGIA RIGENERATIVA

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloum

Io sottoscritto, <Frase completa> dichiaro 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 ad una 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 può 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 la tecnica chirurgica che prevede il prelievo di osso autologo dalla cavità indorale (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) o allogenico (cioè di sintesi) e successivo innesto nel sito ricevente, costituisce un tipo di chirurgia avanzata che presenta rischi di insuccesso in misura percentuale superiore alla tecnica chirurgica implantare convenzionale che non necessita di prelievo e di innesto.

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 sensibilmente 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 rino-sinusalì la cui valutazione potrà essere affidata allo specialista del ramo.

6) Essere stato/a informato/a che, attraverso la visione del modello di studio e delle radiografie, nel mio caso l'innesto di materiale

autologo

omologo

eterologo

allogenico

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

<Logo Studio>

<Riga 1 Emittente>

<Riga 2 Emittente>

<Riga 3 Emittente>

<Riga 4 Emittente>

7) Essere stato/a informato/a che allo stato attuale delle conoscenze il prelievo di osso autologo risulta essere la tecnica migliore e più prevedibile per la rigenerazione delle creste alveolari. In alternativa, il materiale più affidabile risulta essere attualmente quello omologo cui segue quello eterologo, poi quello allogenico. Mi è chiaro, comunque, che trattasi (a prescindere dal materiale utilizzato) di una tecnica avanzata che può non riuscire o riuscire parzialmente se l'innesto non dovesse attecchire o dovesse esporsi.

8) Essere stato/a informato/a che in caso di prelievo o innesto di materiale autologo è possibile che a livello del sito donatore possano comparire postumi transitori o anche permanenti di tipo sensoriale o motorio. Nell'immediato post-operatorio potranno comparire edema, ematomi, ecchimosi, etc. destinati normalmente a scomparire entro le prime due settimane dall'intervento.

9) 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 delle strutture anatomiche quali il nervo alveolare inferiore o del seno mascellare, ma questo è reso improbabile da una corretta diagnosi radiologica. Gli impianti possono essere perduti per non osteointegrazione o infezione nei primi mesi. Non è descritto in letteratura alcun fenomeno di rigetto: si possono verificare invece cedimenti delle componenti implantari aggiunte e proteiche (ad esempio piccole viti di serraggio).

10) Essere stato/a informato/a che per quanto riguarda la tecnica chirurgica che prevede il prelievo di osso autologo dalla cresta iliaca e successivo innesto nel sito ricevente l'impianto è un tipo di chirurgia ulteriormente avanzata che presenta i rischi di insuccesso in misura percentuale superiore alla tecnica chirurgica convenzionale che non necessita di prelievo e di innesto. Nella regione della cresta iliaca quando si effettua il prelievo esiste la possibilità di postumi residuali consistenti in dolorabilità e difficoltà alla normale deambulazione, nonché di lesioni transitorie o permanenti di strutture e apparati anatomici adiacenti alla sede del prelievo così come la presenza di una cicatrice cutanea. Altresì, dopo il prelievo dalla cresta iliaca può verificarsi indispensabile un adeguato periodo di riposo con la graduale ripresa funzionale dell'arto interessato all'intervento. Mi è chiaro che questo tipo di intervento richiede un'anestesia generale per cui dovrò ricoverarmi presso una clinica adeguata.

11) Essere stato/a informato/a che per ottenere un adeguato sostegno della protesi provvisoria, è possibile ottenere il caricamento immediato di alcuni impianti inseriti e che trattasi di una tecnica ancora in via di sviluppo e definizione per cui non esistono ancora elementi di certezza circa la capacità di questi impianti di osteointegrarsi rispetto a quelli non caricati.

12) 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 atterrò 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.

13) 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.

14) 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.

15) 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 autologo, omologo, eterologo od allogenico ed 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.

16) Autorizzare i trattamenti medici e chirurgici relativi all'applicazione degli impianti e dell'innesto osseo ben sapendo che nel corso della terapia si potranno verificare condizioni che richiedono a giudizio dell'Odontoiatra re-interventi per ottenere un esito migliore.

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

EVENTUALI NOTE:

Io sottoscritto/a <Fraser 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.>
