

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

Magenta, <Data corrente>

Oggetto: NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO ORTODONTICO FISSO

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloum

Gentile Paziente,

La invitiamo a prendere attenta visione delle informazioni che seguono e che La riguardano in modo specifico.

Lo scopo di questo modulo è di avere il Suo consenso all'esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo codice deontologico. Con questo modulo si riassumono in forma scritta le informazioni, già oralmente fornite in modo dettagliato nel corso della visita, relative alla terapia proposta ed ai problemi che potrebbero verificarsi durante e/o dopo l'esecuzione della stessa. Il piano di terapia le verrà esplicitato attraverso un dettagliato studio del caso. Potrà essere necessario modificare il suddetto piano di terapia in corso d'opera.

Il trattamento ortodontico con dispositivo fisso è finalizzato a correggere l'allineamento delle arcate dentali, a condizione che vi siano adeguate condizioni ossee predisponenti. Il dispositivo fisso si compone di bracket applicati singolarmente su ciascun dente, i quali, grazie all'azione di un filo ortodontico che li connette, permettono di orientare correttamente i denti nello spazio.

Il trattamento si articola nelle seguenti fasi:

- Rilevazione di scansioni, foto e radiografie per una corretta diagnosi e pianificazione dello studio del caso;
- Applicazione di bracket e inserimento dei primi fili ortodontici, su una o entrambe le arcate dentali;
- Sostituzione periodica dei fili ortodontici, in base alla progressione del trattamento in materiale solitamente Nichel-Titanio e Acciaio.
- Applicazione di ausiliari all'apparecchio, come catenelle elastiche, elastici intermascellari, bottoni, pin, tubi ecc. se necessario per correggere specifici disallineamenti;
- Stabilizzazione della posizione dei denti, una volta completato l'allineamento
- Realizzazione e applicazione di dispositivi di mantenimento, che possono essere fissi e/o rimovibili, per garantire la stabilità dei risultati ottenuti.

Obiettivo del trattamento ortodontico sono quelli di:

raggiungere un buon allineamento dentale, ottenere un corretto rapporto tra le arcate nel rispetto dei tessuti molli e dell'articolazione temporo-mandibolare, migliorare, per quanto possibile, l'estetica del sorriso. È importante che Lei sappia che l'occlusione potrà cambiare nel corso del trattamento con un possibile disagio temporaneo.

Per un favorevole svolgimento e successo della terapia il paziente deve impegnarsi a:

- presentarsi agli appuntamenti prestabiliti,
- mantenere i denti ben puliti,

- indossare gli apparecchi secondo le modalità ed i tempi indicati seguendo attentamente le istruzioni date dal dentista,
- comunicare tempestivamente eventuali variazioni nell'assetto dell'apparecchio (distacco di bracket, bande ortodontiche, attacchi ecc.),
- seguire con scrupolo la fase di contenzione.

A seguito delle informazioni ricevute dal clinico sono consapevole dei più comuni rischi correlati allo specifico trattamento.

Essi sono:

- Disagio derivante dall'uso di apparecchiature nello svolgimento delle consuete abitudini quotidiane, specialmente disagi nella vita di relazione con difficoltà soprattutto nel mangiare e nel parlare nelle fasi iniziali;
- Pressione sulle guance e sulle labbra che può determinare, nei primi giorni di applicazione dell'apparecchiatura, fastidio più o meno intenso che scompare dopo la prima fase di adattamento;
- La mancata osservanza delle indicazioni del medico o la tendenza a saltare le visite di controllo potrebbero determinare tempi di trattamento più lunghi e compromettere il risultato finale desiderato;
- Sensazione dolorosa di varia entità che può presentarsi dopo 2-3 ore e per circa 2-3 giorni dopo ogni attivazione del dispositivo;
- Distacco o rottura delle apparecchiature ortodontiche che devono essere immediatamente comunicate al clinico (eventuali frammenti possono essere accidentalmente ingeriti o aspirati o ledere le gengive e le guance);
- Carie e/o decalcificazioni dello smalto durante il trattamento, specie se non accompagnato da igiene accurata dei denti e dai controlli prescritti, il dispositivo porta a un possibile maggior accumulo di placca batterica;
- Comparsa di problematiche parodontali, come recessioni gengivali (riduzione del livello della gengiva, con conseguente esposizione delle radici dentali), riassorbimento radicolare (riassorbimento delle radici dentali, con possibile riduzione della loro lunghezza), parodontite (infiammazione gengivale o di altre malattie parodontali), riassorbimento osseo (perdita di volume dell'osso di supporto attorno ai denti), riassorbimento osseo (perdita di volume dell'osso di supporto attorno ai denti);
- Solo raramente si incorre nella comparsa di dolori o rumori all'articolazione temporo-mandibolare/disfunzioni articolari o mal di testa che devono essere immediatamente comunicate al clinico;
- Il ricorso a procedure di ricostruzione dentale per i piani di trattamento più complessi in cui il solo trattamento ortodontico potrebbe non essere sufficiente a ottenere il risultato desiderato;
- I denti che sono rimasti in posizione sovrapposta per lunghi periodi di tempo potrebbero non disporre del tessuto gengivale sotto il contatto interprossimale una volta raggiunto l'allineamento, con la conseguente formazione di uno spazio ("triangolo nero");
- Qualunque dispositivo ortodontico, non risulta efficace per il movimento di impianti dentali;
- Le condizioni mediche generali e l'utilizzo di farmaci possono influire sul trattamento ortodontico;

Un dente che ha subito traumi precedenti o è stato sottoposto a un trattamento restaurativo importante potrebbe peggiorare. In rari casi la vita utile del dente potrebbe essere ridotta.

Il dente potrebbe richiedere cure dentali aggiuntive, ad esempio un trattamento di endodonzia e/o restaurativo, e si potrebbe arrivare alla perdita del dente;

I restauri dentali esistenti (ad esempio le corone) potrebbero staccarsi e rendere necessaria la ricementazione o, in alcuni casi, la sostituzione;

Le corone cliniche corte potrebbero causare problemi di ritenzione e rendere più complessi i movimenti dentali;

I dispositivi ortodontici, o parti di essi, potrebbero essere accidentalmente ingoiati o aspirati;

Estrazione dei denti del giudizio che può rendersi necessaria, anche a distanza dalla fine del trattamento ortodontico, nel caso di mancanza di spazio per una corretta eruzione in arcata degli stessi;

Allergie non note ai materiali utilizzati (resine, nickel, ecc.) che possono costringere all'interruzione del trattamento;

Necessità di ricorrere all'uso di radiazioni per indagini diagnostiche complementari o supplementari;

Necessità di dover sospendere il trattamento per eventi avversi legati all'intolleranza dell'apparecchiatura oppure per scarsa igiene orale.

Complicazioni:

- I denti possono presentare una tendenza a muoversi dopo l'allineamento ortodontico. L'utilizzo del retainer fisso e l'utilizzo scrupoloso del dispositivo di contenzione che le verrà consegnato a fine terapia diminuisce questo rischio. Vi possono essere, però, altre cause, al di fuori del controllo dell'ortodontista (deglutizione infantile, respirazione orale, eruzione dei denti del giudizio, crescita scheletrica, abitudini viziate ecc.), che possono provocare cambiamenti anche profondi. Per queste ragioni la fase di contenzione è importante quanto quella della terapia attiva e deve durare il più a lungo possibile.
- Una crescita ossea in eccesso o in difetto, un ritardata eruzione dei denti permanenti, una scarsa igiene orale, il non portare per il numero di ore raccomandate gli eventuali dispositivi consegnati, la rottura degli apparecchi e i mancati appuntamenti possono prolungare il trattamento e comprometterne il risultato.

dichiaro di essere stato oggi informato

delle scelte terapeutiche ortodontiche proposte per il mio caso, dei benefici ricercati, dei rischi correlati, nonché di ogni altra informazione utile per una consapevole determinazione da parte mia in merito;

delle eventuali opzioni terapeutiche alternative a quella proposta e delle ragioni per cui vengono scartate;

della necessità della mia collaborazione per la buona riuscita del trattamento e della osservanza delle prescrizioni che mi vengono impartite dall'ortodontista;

del ruolo fondamentale che l'igiene orale riveste per l'esecuzione ed il buon esito del trattamento;

che il trattamento ha finalità specifiche inerenti alla salute del cavo orale e la funzione complessiva dell'apparato masticatorio, senza riguardo per i risultati estetici;

che il piano di trattamento concordato è suscettibile di variazioni in corso di cura in dipendenza di fattori quali: la crescita residua, la collaborazione, gli imprevisti biologici, la variazione degli obiettivi;

che gli obiettivi di trattamento sono solo quelli esplicitamente condivisi;

che le risposte dell'organismo al trattamento sono individuali ed imprevedibili; pertanto, gli obiettivi potrebbero non essere pienamente raggiunti;

che l'uso improprio o incauto dell'apparecchio può determinare lesioni al cavo orale o al volto. È quindi necessario utilizzare correttamente le apparecchiature seguendo attentamente le istruzioni impartite caso per caso dall'ortodontista;

che il trattamento può richiedere per la sua finalizzazione un periodo di tempo più lungo di quello preventivato, anche in relazione ad eventuali variazioni del piano di cura. Per esempio: crescita ossea in eccesso o in difetto, eruzione ritardata di alcuni elementi dentali, scarsa collaborazione del paziente, scarsa igiene orale, mancato rispetto degli appuntamenti, scarsa adesione alle prescrizioni e alle raccomandazioni;

che nel corso del trattamento ortodontico possono rendersi necessari consulti impreveduti, odontoiatrici o medici in genere, con altri professionisti;

che, in relazione all'organizzazione del lavoro in studio, alcune prestazioni possono essere delegate dall'ortodontista al personale di studio oppure a collaboratori qualificati;

sulla necessità che a fine trattamento venga attuata una fase di contenzione, di cui ho compreso significato, importanza e finalità e per la quale sarà indispensabile la mia collaborazione per un periodo di tempo indeterminato;

sono consapevole che in qualsiasi momento posso richiedere spiegazioni all'ortodontista

sull'andamento del trattamento. È altresì mia facoltà revocare il presente consenso dandone comunicazione scritta all'ortodontista che ne è titolare in qualsiasi momento e nella più assoluta discrezionalità, sapendo in tal caso, che non sarà più possibile proseguire il trattamento in corso.

Mi è stato concesso un periodo di tempo adeguato per leggere, e ho letto, le informazioni precedenti, relative al trattamento ortodontico fisso. Sono consapevole dei vantaggi, dei rischi, delle alternative e degli inconvenienti associati al trattamento e so che è mia facoltà decidere di non sottopormi ad alcun trattamento. Ho ricevuto informazioni sufficienti e ho avuto la possibilità di fare domande e chiarire gli eventuali dubbi sul trattamento ortodontico, parlandone con il medico a cui intendo affidarmi. Poiché l'ortodonzia non è una scienza esatta, sono consapevole che il mio medico non ha fornito e non può fornire garanzie o assicurazioni in merito al risultato finale del trattamento. Sono al corrente che il laboratorio produttore degli allineatori non fornisce servizi di tipo sanitario, dentistico o medico e non esercita né è autorizzata a esercitare pratiche mediche e dentistiche o a esprimere pareri medici. Non mi è stato fornito alcun tipo di assicurazione o garanzia da parte del mio medico, del laboratorio odontotecnico, dei suoi rappresentanti, successori, assegnatari e agenti in merito ai risultati specifici del trattamento. La Documentazione medica che mi riguarda verrà sottoposta a terze parti solo se avrò dato il mio consenso o se ciò è consentito dalla legge applicabile. Inoltre il laboratorio produttore degli allineatori trasparenti potrà usare queste informazioni per la revisione interna a scopo formativo, a scopo di verifica interna dei dati e a scopo di analisi. Non chiederò e nessun altro chiederà a mio nome danni legali o risarcimenti giuridici, equi o monetari, per tale divulgazione. Accetto che la documentazione medica che mi riguarda venga usata senza alcun compenso e prendo atto che né io né chiunque altro a mio nome, avrò diritto di approvare, chiedere compensi, cercare o ottenere danni legali o risarcimenti giuridici, equi o monetari, derivanti da un uso della documentazione che sia conforme alle condizioni del presente Consenso. Le copie del presente Consenso saranno considerate valide a tutti gli effetti, al pari dell'originale.

Io sottoscritto/a <Fraser completa>, letto quanto sopra sottopongo le seguenti domande e osservazioni:

Io sottoscritto/a: <Fraser completa>, dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia ortodontica indicata nel presente modulo e nello studio del caso e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare.

Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome>

Firma genitore o tutore legale del paziente <Cognome> <Nome>

Magenta, <Data corrente>

Firma odontoiatra

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

<Dati Fiscali Op.>
