

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

Magenta, <Data corrente>

Oggetto: DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO A SEDAZIONE COSCIENTE

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lambloum

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:

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO:

Per poterLa sottoporre in modo ottimale alle cure odontoiatriche di cui necessita è opportuno usare la Sedazione cosciente con Protossido d'Azoto ed Ossigeno con la quale, pur restando sveglio e collaborante, sarà più tranquillo e rilassato e sentirà meno dolore.

Questo garantisce anche una MAGGIOR SICUREZZA nelle cure.

La sedazione può essere sospesa in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo

Nel suo caso:

<Prestazioni>

BENEFICI DELL'INTERVENTO:

Questo metodo aiuterà il paziente a controllare la paura e l'ansia durante il trattamento odontoiatrico, nonché a ridurre il riflesso del vomito.

Le ricordiamo inoltre che lo scopo di questa tecnica non è quello di eliminare l'anestetico (che, ove necessario, continuerà ad essere utilizzato).

Nel suo caso:

RISCHI DELL'INTERVENTO:

L'uso di questo trattamento può comportare alcuni effetti indesiderati insiti in qualsiasi atto medico e alcune sensazioni sgradevoli, anche se poco frequenti.

Tra i problemi che potrebbero verificarsi più frequentemente mi sono stati illustrati i seguenti, anche se altri simili potrebbero verificarsi:

1. Una sudorazione eccessiva o una sensazione di calore durante e dopo la sedazione.
2. Subentrerà un ottundimento leggero della coscienza. Comunque Lei sarà sempre in grado di comunicare a parole o cenni e sarà in grado di tenere aperta la bocca (la mascherina per l'inalazione del N2O è solo nasale.). In rarissimi casi il paziente può andare incontro a ricordi o sensazioni emotive forti piacevoli o meno.
3. Anche se non molto comuni, tremori o un senso di spossatezza possono verificarsi alla fine della sedazione causando qualche disagio.
4. Nausea e vomito sono rari nei bambini e rarissimi negli adulti ma potrebbero accadere. Sono stato avvisato che devo segnalare, durante il trattamento, se si verificano sintomi di nausea in modo da adeguare i livelli di Protossido d'Azoto ed evitare il peggioramento della situazione. La terapia va eseguita dopo almeno 1h da un pasto leggero

Nel suo caso:

<Logo Studio>

<Riga 1 Emittente>

<Riga 2 Emittente>

<Riga 3 Emittente>

<Riga 4 Emittente>

COMPLICAZIONI:

Il trattamento riduce la capacità di guida di veicoli. Normalmente dopo 30' dalla fine dell'inalazione di N2O i pazienti si sentono in grado di guidare .

Nell'1% dei pazienti questo non avviene. In tal caso il paziente potrà restare all'interno del Centro Odontoiatrico fino a quando non si sentirà perfettamente ristabilito.

In ogni caso è sempre preferibile, laddove possibile, venire all'appuntamento accompagnati.

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 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.

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome>

Firma odontoiatra:

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

<Dati Fiscali Op.>
