

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

Magenta, <Data corrente>

Oggetto: DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI BITE O PLACCA DI SVINCOLO

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloom

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.

Informazioni generali:

Il bite, noto anche come placca di svincolo occlusale, è un dispositivo rimovibile personalizzato che si applica sull'arcata dentale (superiore o inferiore) con lo scopo di ridurre tensioni muscolari e articolari, proteggere i denti da usura e fratture causate da parafunzioni (es. bruxismo), migliorare l'equilibrio neuromuscolare dell'apparato stomatognatico, diagnosi differenziale di disturbi temporomandibolari (DTM).

A seconda della diagnosi, si possono utilizzare diverse **tipologie di bite**, le più comuni sono:

- Bite di svincolo (tipo Michigan): In resina rigida, utilizzo prevalentemente notturno. Scopo principale protezione degli elementi. Viene prevalentemente utilizzato in pazienti con bruxismo o DTM.
- Bite di riposizionamento mandibolare: favorisce una posizione terapeutica della mandibola e può essere di tipo reversibile (provvisorio) o propedeutico a trattamenti ortodontici/protesici.
- Bite morbido o elastomero: in materiale morbido o semirigido. Generalmente usato in situazioni transitorie, ma meno indicato in caso di bruxismo (può accentuarlo).
- Bite sportivo (mouthguard): bite di protezione per sportivi. Protegge da traumi dentali e mandibolari, non ha finalità terapeutiche per DTM.
- Bite anteriori (NTI-tss, Sova, ecc.): Contatto solo anteriore, impiegati in casi selezionati di riposizionamento. Da utilizzare sotto stretta sorveglianza clinica.

Il bite viene realizzato su misura e personalmente per ciascun paziente in base alla situazione clinica e alla conformazione individuale delle arcate. Il bite viene progettato da un laboratorio odontotecnico specializzato, sulla base di rilevazioni cliniche eseguite in studio (impronte, registrazioni mandibolari, analisi occlusale) e valutazione clinica da parte del professionista.

Non deve essere acquistato in farmacia, online o utilizzato senza prescrizione odontoiatrica.

Tali dispositivi standardizzati, non essendo personalizzati, possono risultare inefficaci o causare peggioramenti clinici.

Il dispositivo deve essere utilizzato secondo le indicazioni del professionista (es. solo di notte o in specifici momenti della giornata). La durata della terapia varia a seconda del quadro clinico e della risposta del paziente. Sono previsti controlli periodici per verificare l'adattamento, l'efficacia e l'eventuale necessità di modifiche. Poiché la condizione clinica del paziente può evolvere nel tempo, sono indispensabili controlli periodici presso lo studio odontoiatrico per verificare l'efficacia del dispositivo, adattarlo se necessario e prevenire complicazioni (es. alterazioni occlusali, usura del bite, sintomi recidivanti).

Possibili rischi e limitazioni: Come ogni trattamento, l'uso del bite può comportare alcuni effetti collaterali:

- Iniziale fastidio o difficoltà nell'adattamento;

Aumento temporaneo di dolori muscolari/articolari;

Rischio di modifiche occlusali se usato scorrettamente o troppo a lungo senza monitoraggio;

Rottura o consumo del dispositivo nel tempo;

Non sempre porta a completa risoluzione dei sintomi (è parte di un approccio multidisciplinare nei DTM).

Alternative terapeutiche: Il bite rappresenta una delle opzioni terapeutiche conservative. In alcuni casi possono essere indicati fisioterapia, terapia farmacologica, interventi ortodontici, protesici, chirurgici o multidisciplinari (in collaborazione con gnatologo, fisioterapista, neurologo, psicologo ecc.).

Controindicazioni: L'uso del bite può essere controindicato in alcune situazioni. Sono ora elencate controindicazioni assolute e relative all'utilizzo. Il professionista valuterà caso per caso l'indicazione, tenendo conto della situazione clinica specifica.

Controindicazioni assolute:

- Allergia ai materiali (resina, silicone, ecc.);
- Scarsa collaborazione o non compliance;
- Disturbi psichici gravi non controllati;
- Patologie articolari gravi in fase acuta o non diagnosticate.

Controindicazioni relative:

- Denti mobili/parodontopatie non trattate;
- Gravi malocclusioni non diagnosticate;
- Età pediatrica (fase di crescita);
- Uso prolungato senza follow-up clinico;
- Apnea ostruttiva del sonno (OSA);
- Protesi mobili incongrue;
- Parafunzioni coscienti o bruxismo diurno;

dichiaro di essere stato informato delle specifiche riguardo a:

- le modalità, benefici, controindicazioni, rischi e precauzioni rispetto all'utilizzo del bite;
- la natura del trattamento proposto e le sue finalità;
- le modalità di utilizzo del dispositivo;
- le tipologie di bite disponibili e la motivazione della scelta terapeutica;
- i potenziali rischi, limiti e benefici;
- le alternative terapeutiche esistenti.

•

Autorizzo pertanto il professionista ad eseguire la presa delle impronte, la realizzazione e l'applicazione del bite indicato.

Sono consapevole che i TMD richiedono un approccio multidisciplinare e non sempre l'utilizzo del bite può portare a una risoluzione della condizione; e che il mancato rispetto da parte mia delle istruzioni avute e dei controlli successivi al trattamento potrebbe compromettere la mia condizione.

Dichiaro di essere stato/a informato/a che gli effetti possono variare in relazione alla risposta individuale del singolo paziente; che i controlli periodici sono fondamentali per il corretto monitoraggio e prevenzione di complicanze ulteriori.

Mi è stato concesso un periodo di tempo adeguato a leggere, e ho letto, le informazioni precedenti, relative all'utilizzo della Placca di Svincolo. Ho avuto modo di discutere in modo dettagliato e completo le caratteristiche del trattamento proposto, e mi sono state chiarite in maniera esaustiva le indicazioni, nonché tutte le possibili alternative terapeutiche. È stata altresì evidenziata la possibilità di non intraprendere questo trattamento, qualora lo desiderassi. Ho avuto l'opportunità di porre domande e di ricevere risposte adeguate e comprensibili. Sono consapevole delle limitazioni, precauzioni e possibili complicanze legate all' utilizzo del bite. Il medico monitorerà attentamente la mia condizione in modo da poter intercettare tempestivamente eventuali situazioni insoddisfacenti, in modo da adattare il piano terapeutico.

Le copie del presente Consenso saranno considerate valide a tutti gli effetti, al pari dell'originale.

Io sottoscritto/a: <Fraser completa> dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura del trattamento con bite o placca di svincolo. Presto, pertanto, il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Sono consapevole che la stabilità del risultato dipende anche dalla mia diligenza nell'osservare le indicazioni e le prescrizioni del clinico. Mi impegno ad informare tempestivamente il medico per eventuali complicazioni che dovessero insorgere dopo la consegna del dispositivo. Mi impegno a presentarmi regolarmente ai controlli programmati e comunque a seguire le indicazioni del clinico.

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

ACCONSENTO

All'espletamento della procedura come da informativa precedente

ACCONSENTO

Al trattamento dei miei dati, che verranno raccolti ai soli fini diagnostici, di studio scientifico o di valutazione medico-legale odontoiatrica, per adempiere a specifici compiti istituzionali connessi con l'attività clinica o valutativa, conservati nell'archivio e nel sistema informativo autorizzato, vincolato dal segreto professionale e dal segreto di ufficio.

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome> o del Genitore / tutore legale

Magenta, <Data corrente>

Firma odontoiatra

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

<Dati Fiscali Op.>
