

<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 ODONTOIATRI PEDIATRICA PER SIGILLATURE**

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamoum

Gentile Genitore/Tutore,

La invitiamo a prendere attenta visione delle informazioni che seguono e che riguardano in modo specifico il/la minore di cui Lei ha la responsabilità. Lo scopo di questo modulo è ottenere il Suo consenso all'esecuzione del trattamento disigillatura dei solchi occlusali, come previsto dal vigente Codice Deontologico. Con questo modulo si riassumono in forma scritta le informazioni già fornite oralmente nel corso della visita, relative alla procedura.

### **Descrizione delle cure previste:**

<Prestazioni>

La sigillatura consiste nell'applicazione di un materiale resinoso fluido o cementi vetroionomerici protettivo all'interno dei solchi presenti sulla superficie masticatoria dei denti permanenti (in particolare primi molari, premolari, e talvolta incisivi con fossette profonde). La procedura è: non invasiva, indolore, non richiede anestesia e ha lo scopo di prevenire la formazione della carie in zone ad alto rischio. A seconda del materiale scelto, il sigillante può essere trasparente, bianco o colorato. In particolare, i cementi vetroionomerici (CVI) possono presentare una colorazione visibile, utile per monitorare nel tempo l'integrità e la presenza del materiale durante i controlli periodici.

Il trattamento verrà eseguito nel rispetto dei protocolli clinici aggiornati per l'età pediatrica, in un ambiente adeguato e rassicurante per il bambino, con personale qualificato.

### **Benefici attesi:**

- Riduzione significativa del rischio di carie occlusali
- Prevenzione di interventi restaurativi futuri
- Trattamento semplice, rapido e ben tollerato dai bambini
- Conservazione dell'anatomia dentale senza necessità di rimozione di tessuto sano

### **Possibili rischi e complicanze:**

Anche se la sigillatura è una procedura sicura e consolidata, potrebbero verificarsi:

- Distacco parziale o totale del materiale sigillante nel tempo
- Possibile infiltrazione batterica se la sigillatura si deteriora
- Necessità di controlli periodici per valutare l'integrità del sigillo
- Fallimento del sigillo in caso di errata collaborazione o saliva durante l'applicazione
- Possibili reazioni avverse, seppur rare, a materiali utilizzati (bisfenolo A, monomeri acrilici, vetroionomeri)

### **Alternative al trattamento:**

- Nessun trattamento (con maggior rischio di sviluppare carie in aree profonde non igienizzabili)
- Monitoraggio periodico senza sigillatura
- Educazione all'igiene orale domiciliare intensiva

### **Comportamento del paziente e collaborazione:**

- Le procedure verranno svolte con approccio psicologico adeguato all'età del bambino
- Il/la minore verrà gradualmente abituato/a all'ambiente e alle strumentazioni
- Qualora il comportamento non fosse collaborativo, si valuterà l'interruzione della procedura o la necessità di modalità alternative (es. sedazione, anestesia generale)
- **La presenza del genitore sarà ammessa solo se compatibile con la serenità del trattamento**

### **Io sottoscritto/a, genitore / tutore del paziente <Frases completa>, dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato e di avere consapevolezza:**

- delle informazioni riguardo modalità, benefici, rischi, complicanze e precauzioni del trattamento odontoiatrico pediatrico di sigillatura dei solchi;
- di essere stato/a informato/a che i risultati possono variare nel tempo e in relazione alla risposta individuale del singolo paziente;
- che i controlli periodici sono fondamentali per il corretto monitoraggio e prevenzione di complicanze ulteriori;
- delle possibili complicanze che possono verificarsi durante e dopo il trattamento;
- che dopo l'intervento, è fondamentale seguire scrupolosamente le raccomandazioni post-operatorie per favorire la guarigione e ridurre i rischi di complicanze.

Mi è stato concesso un periodo di tempo adeguato a leggere, e ho letto, le informazioni precedenti, relative al trattamento di odontoiatria pediatrica di sigillatura dei solchi. Dichiaro di avere fornito informazioni veritiere sullo stato di salute del/la minore (allergie, terapie in corso, condizioni sistemiche).

### **Con la presente autorizzo l'esecuzione delle cure odontoiatriche previste, inclusi eventuali adeguamenti clinici ritenuti necessari, nel migliore interesse del/la minore.**

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

Io sottoscritto/a genitore/tutore legale del paziente <Frases completa>

**dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura del trattamento odontoiatrico pediatrico di sigillatura dei solchi. Dichiaro di aver compreso i benefici, i rischi e le possibili alternative al trattamento. 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 seduta. Mi impegno a presentarmi regolarmente ai controlli programmati e comunque a seguire le indicazioni del clinico.**

Io sottoscritto/a 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 genitore o tutore legale del paziente <Cognome> <Nome>

---

Magenta, <Data corrente>

Firma odontoiatra

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

<Dati Fiscali Op.>

---