

<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
ODONTOIATRIA PEDIATRICA PER CURE CONSERVATIVE**

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloum

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 di cure conservative su denti decidui e permanenti 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: Le cure conservative comprendono l'eliminazione del tessuto cariato e il ripristino della forma e della funzione del dente mediante materiali da restauro biocompatibili, come compositi o cementi vetroionomerici (CVI). 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.

<Prestazioni>

Benefici attesi:

- Rimozione della carie
- Prevenzione della progressione della lesione e delle complicanze (dolore, ascesso)

Possibili rischi e complicanze:

- Possibile **ipersensibilità temporanea** del dente trattato
- **Rottura o distacco** del restauro nel tempo
- Necessità di **ritrattamenti o rifacimenti**, soprattutto in caso di carie profonda
- In alcuni casi, la cura conservativa può **non risultare sufficiente** a risolvere la patologia, rendendo necessaria una terapia endodontica (es. pulpotomia, pulpectomia) o l'estrazione.

Alternative al trattamento:

- Nessun trattamento (con alto rischio di peggioramento della patologia)
- Estrazione (se indicata)
- Terapie di controllo domiciliare e monitoraggio clinico frequente

4. Comportamento del paziente e collaborazione : È stato chiarito che:

- 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

dichiaro di essere stato oggi informato

delle informazioni riguardo modalità, benefici, rischi, complicanze e precauzioni del trattamento odontoiatrico pediatrico di cure conservative.

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 cure conservative.

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/ 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 cure conservative.** 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.>
