

<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 ENDODONTICHE DI DENTI DECIDUI**

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lambloum

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 endodontico su denti decidui 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 pulpectomia è una procedura endodontica indicata nei denti decidui affetti da **carie profonda o infezione pulpare** (polpa dentaria danneggiata / necrosi). Consiste nella:

- Rimozione completa della polpa dentaria (nervo e vasi) presente nella camera pulpare e nei canali radicolari
- Detersione e disinfezione del sistema canalare
- Otturazione dei canali con **materiali riassorbibili e biocompatibili**
- Ricostruzione coronale del dente con materiali idonei

Benefici attesi:

- Risoluzione del dolore e della possibile infezione
- Conservazione del dente deciduo fino alla sua perdita naturale
- Mantenimento dello spazio necessario per l'eruzione del dente permanente
- Miglioramento della funzione masticatoria e prevenzione di complicazioni future

Possibili rischi e complicanze: Anche se il trattamento mira al successo funzionale, possono verificarsi:

- Dolore o fastidio temporaneo post-operatorio
- Possibilità di **fallimento del trattamento**, con necessità di ritrattamento o estrazione del dente
- **Ascesso, fistola o infezione persistente** in caso di sterilizzazione incompleta
- **Alterazione o ritardo della permuta dentaria** (molto raro in caso di complicanze severe)
- Reazioni allergiche (rare) ai materiali utilizzati o agli anestetici

Comportamento poco collaborativo del bambino che potrebbe limitare l'efficacia della procedura

Alternative al trattamento:

- Estrazione del dente (si valuterà, se necessario, anche l'inserimento di unmantenitore di spazio)
- Nessun trattamento (sconsigliato, possibile peggioramento dell'infezione, dolore o perdita precoce del dente)

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

dichiaro di essere stato oggi informato

delle informazioni riguardo modalità, benefici, rischi, complicanze e precauzioni del trattamento endodontico pediatrico

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 endodontico pediatrico.

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 <Frasedi completa> ,

dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura del trattamento endodontico odontoiatrico pediatrico. 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.>
