



CONSENSO INFORMATO ALLE TERAPIE ESEGUITE IN AMBULATORIO

Gentile paziente per poter accedere alle cure fornite in questo ambulatorio è necessario che Lei sia informato su alcuni aspetti riguardanti i trattamenti a cui Lei sarà sottoposto. Per tanto la preghiamo di leggere e firmare ogni singolo paragrafo.

1. TRATTAMENTO DA ESEGUIRE

Sono stato informato e ho capito che mi dovrò sottoporre ai seguenti trattamenti: visite di controllo, radiografie endorali od extraorali tramite radiazioni X (ricordiamo che è obbligatorio segnalare ipotetici o sicuri stati di gravidanza), igiene orale professionale (pulizia) e.....

X (Iniziali _____)

2. FARMACI

Sono stato informato e ho capito che potranno essere utilizzati o prescritti farmaci quali anestetici, analgesici, antibiotici ed altri che possono provocare reazioni non prevedibili quali arrossamenti, eruzioni cutanee, gonfiore, dolore, prurito, vomito e shock anafilattico. Talvolta è possibile la comparsa di lesioni necrotiche da ischemia post anestesia.

X (Iniziali _____)

3. VARIAZIONI DI PIANO DI TRATTAMENTO

Sono stato informato e ho capito che il piano di trattamento concordato può subire variazioni durante il suo svolgimento con modifiche o aggiunta di procedure. Infatti l'esame obiettivo e gli eventuali ausili radiografici impiegati durante la diagnosi non sempre sono sufficienti a identificare l'esatta entità della lesione e di conseguenza ad individuare il trattamento più consono. Ad esempio, qualora ci si trovi davanti ad una lesione cariosa talmente grande da arrivare in prossimità della polpa dentale o da distruggere un'elevata quantità di tessuto, al restauro conservativo può essere aggiunta una terapia canalare o una variazione del tipo di restauro stesso (intarsio o corona). Pertanto lo do il mio consenso all'odontoiatra ad effettuare tutte le modifiche e le aggiunte necessarie.

X (Iniziali _____)

4. ESTRAZIONI DENTARIE

Sono stato informato e ho capito che possono esistere delle alternative all'estrazione dei denti (terapia canalare, protesi fissa, chirurgia parodontale e/o endodontica) anche se non sempre sono attuabili. Autorizzo l'odontoiatra ad estrarre tutti i denti definiti nel piano di trattamento e relativo preventivo di spesa concordati e consegnatomi e ogni altro elemento che durante il trattamento possa rendersi necessario per motivi di cui al paragrafo 3.

Sono stato informato e ho capito, inoltre, che la sola rimozione degli elementi dentari non sempre è sufficiente a debellare un focolaio infettivo e che, se presente e resistente, deve essere trattato con ulteriori manovre (utilizzo di antibiotici, chirurgia di pulitura, drenaggi ecc.). Sono stato informato e ho capito che esistono dei rischi connessi alle estrazioni dentarie quali dolore, gonfiore, formazione di ematomi anche cutanei, diffusione di infezioni, alveolite secca, frattura ossea e perdita o alterazione di sensibilità a denti, lingua, labbra e tessuti circostanti anche a tempo indeterminato. Sono stato informato e ho capito che qualora dovessero insorgere complicazioni durante o dopo il trattamento potrebbe essere necessario un ulteriore intervento da parte di un altro specialista il cui onorario è di mia competenza e responsabilità.

X (Iniziali _____)



5. INTARSI, CORONE, PONTI

Sono stato informato e ho capito che non mi è stata data alcuna garanzia che il trattamento possa essere di mia completa soddisfazione. Sono cosciente che a volte risulta impossibile replicare l'esatto colore dei denti naturali su elementi artificiali. Inoltre Sono stato informato e ho capito che le corone provvisorie hanno una durata limitata nel tempo e che possono rompersi o decementarsi facilmente. Pertanto devo garantirne una manutenzione adeguata fino a quando saranno cementati i lavori definitivi. Mi rendo inoltre conto che i nuovi restauri definitivi possono essere soggetti a modifica (fino al completo rifacimento) per mia volontà prima della cementazione. Dopo tale scadenza non saranno più apportabili modifiche se non per volontà del curante.

X (Iniziali _____)

6. TRATTAMENTO ENDODONTICO (OTTURAZIONE CANALARE O DEVITALIZZAZIONE)

Sono stato informato e ho capito che non esiste alcuna garanzia che il trattamento canalare (devitalizzazione o ritrattamento) possa evitare l'estrazione dell'elemento dentale e che durante le manovre stesse potrebbero verificarsi delle complicanze quali rottura di strumenti, perforazioni o impossibilità di sondare completamente uno o più canali. Occasionalmente del materiale di riempimento canalare può fuoriuscire dall'apice del dente ma ciò non ne pregiudica il successo.

Sono stato informato e ho capito che qualora il trattamento canalare non risultasse risolutivo potrebbe essere necessario ricorrere alla chirurgia endodontica (apicectomia con otturazione retrograda) o, nonostante tutti gli sforzi, all'estrazione del dente.

X (Iniziali _____)

7. PERDITA PARODONTALE (TESSUTI E OSSA)

Sono stato informato e ho capito che se mi è stata diagnosticata una patologia parodontale che questa causa infiammazione di gengive e tessuti ossei di sostegno. Questa, se non trattata o se resistente ai trattamenti può portare a mobilità dentale fino alla perdita dei denti stessi. Mi sono stati spiegati eventuali piani di trattamento quali chirurgia rigenerativa e/o resettiva, estrazioni, protesi. Capisco che ogni trattamento odontoiatrico, protesico ed ortodontico possono avere un effetto negativo sulla mia condizione parodontale.

X (Iniziali _____)

8. PATOLOGIA ORALE (MUCOSE DELLA BOCCA)

Nel caso mi siano state diagnosticate lesioni orali ho capito e sono stato informato in modo esaustivo sulle caratteristiche della patologia. Inoltre mi è stato spiegato che per una corretta diagnosi è necessario, in molti casi, effettuare una valutazione biptica della lesione tramite prelievo di una porzione della stessa e invio ad un laboratorio analisi.

X (Iniziali _____)

9. OTTURAZIONI E RICOSTRUZIONI

Sono stato informato e ho capito che otturazioni e ricostruzioni implicano una diminuzione della resistenza del dente a confronto con un elemento sano; pertanto, soprattutto durante le prime 24 ore, devo porre particolare attenzione nel masticare cibi particolarmente duri per evitare la frattura dei restauri. Inoltre, qualora questi fossero a carico degli elementi anteriori particolare attenzione deve essere posta nell'addentare e strappare panini, pizza ecc. Abitudini viziate quali mangiarsi le unghie o penne/matite possono provocare la frattura dei restauri stessi non imputabile ad un difetto di costruzione.

Sono stato informato e ho capito che l'esame obiettivo iniziale e gli ausili radiografici non sempre possono portare ad una corretta stima dell'ampiezza della lesione cariosa pertanto una volta rimosso tutto il tessuto patologico ci si può trovare di fronte a perdita di tessuto dentale importante che potrebbe richiedere un trattamento diverso dalla semplice otturazione diretta (intarsi, corone, estrazione). Inoltre, di se la patologia dovesse raggiungere la polpa potrebbe essere necessaria una terapia canalare. D'altra parte ho compreso che un dente ricostruito può presentare una sensibilità maggiore a freddo e caldo e che nel tempo si possa andare incontro ad un danno pulpale irreversibile che può portare alla terapia canalare dello stesso.

X (Iniziali _____)



10. PROTESI MOBILE

Sono stato informato ed ho capito che l'utilizzo di protesi mobili possa essere difficile. Aree dolenti, difficoltà nel parlare, difficoltà nel mangiare con alterata sensibilità al gusto e la sensazione di ingombro in bocca sono problemi comunemente riscontrati.

Sono stato informato e ho capito che una protesi mobile non avrà mai una stabilità perfetta come i denti naturali ma che dei piccoli movimenti sono sempre possibili. Inoltre, qualora non ci sia sufficiente tessuto di sostegno, potrebbe rendersi necessario l'impiego di colle per protesi per garantire un certo grado di stabilità.

Sono stato informato e ho capito che una protesi mobile deve essere trattata con cura, che colpi o cadute o cibi troppo duri possono provocarne l'incrinatura o la rottura. È inoltre soggetta ad abrasione e consumo in particolare nella porzione oclusale.

In aggiunta mi è stato spiegato che periodicamente, vista la fisiologica modificazione nel tempo dei tessuti orali (ossa e gengive), sarà necessario ribasare e riadattare la protesi oltre che a sostituire gli eventuali attacchi nelle protesi parziali. Tali adeguamenti sono da considerarsi ordinaria manutenzione e quindi sono al di fuori del costo della protesi.

Sono stato informato e ho capito che la protesi mobile immediata (cioè applicata subito dopo alcune estrazioni) può essere dolorosa e pressoché impossibile da portare almeno nei primissimi momenti. Inoltre potrà richiedere numerosi adeguamenti e ribasature in quanto tutti i tessuti sottostanti sono in continuo cambiamento.

Le ribasature non sono comprese nella quota della protesi e non sono anticipatamente quantificabili in numero in quanto variano dalla risposta tessutale che è propria per ciascun individuo.

X (Iniziali _____)

Capisco che l'odontoatria non è una scienza esatta e che, pertanto anche degli operatori affidabili non possono garantire tutti i risultati. Prendo atto che nessuno mi può assicurare che le cure dentali, che ho richiesto e autorizzato, raggiungano gli obiettivi delineati nel preventivo. Capisco che nessuna assicurazione mi può essere data riguardo i tempi di realizzazione della terapia concordata.

Capisco che quanto espresso nel preventivo è solo una stima. Quindi è suscettibile di variazioni a seconda delle circostanze impreviste o non diagnosticabili che possono insorgere durante il corso del trattamento. Capisco che, indipendentemente da qualsiasi copertura assicurativa dentale che io possa avere, io sono responsabile del pagamento della terapia dentale. Accetto di pagare qualsiasi costo legale, spese di raccolta, o le spese processuali che possono essere necessarie per soddisfare tale obbligo.

Firma del paziente o del rappresentante legale _____ Data _____