

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

Conservativa

Endoianzia

Chirurgia

Protesi

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI TERAPIA CONSERVATIVA E ENDODONTICA

Sig. / Sig.ra

Via

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

Diagnosi:

Descrizione dell'intervento

Rimozione con apposito strumentario della carie ed eventualmente del tessuto pulpare (devitalizzazione), con successiva ricostruzione del dente. Nel Suo caso :

.....
.....
.....
.....

Benefici dell'intervento

Conservazione del dente ed eliminazione di infezione, infiammazione e dolore derivanti dalla patologia dentale.

Rischi dell'intervento

Sono relativi : all'impiego *inevitabile* di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza; alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici ; all'eventualità di ingestione accidentale di detti strumenti.

Materiali impiegati

Otturazione provvisoria :

Otturazione definitiva :

Otturazione del canale radicolare :

Perni endocanalari costituiti da :

Complicazioni

Una volta effettuata l'otturazione, è possibile la permanenza per tempi più o meno lunghi di sensibilità termica o ad alcune sostanze ; è possibile che ci sia un accentuazione dei sintomi che rendano necessaria la devitalizzazione dell'elemento per evitare la diffusione dell'infezione.

Un'otturazione in amalgama può, in rari casi, causare una pigmentazione scura del dente e/o dei tessuti circostanti.

necessario provvedere alla protesizzazione, alla resezione del suo apice (apicectomia) o all'estrazione dell'elemento dentario.

Possibili alternative

.....
.....

Altre informazioni richieste dal paziente (scrivere le eventuali domande o la frase "Nessuna Domanda")

.....
.....
.....
.....

Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della **terapia conservativa e/o endodontica** indicata nel presente modulo, e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare.

Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

/ / 20

Firma del Paziente o
del genitore se minorenne

Firma dell'Odontoiatra

MODULO DI CONSENSO PER TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 10 della legge 675/96, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 22 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare ... lo stato di salute...", ed autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini di diagnosi, cura, adempimento degli obblighi amministrativi e fiscali, nonché a scopi statistici.

Nome _____ Cognome _____

li ____/____/____

Firma leggibile _____

Informativa art. 10 legge 675/96 per il trattamento di dati sensibili

Gentile Signore/a desideriamo informarla che la legge n.675/96 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi della legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, per i trattamenti di dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati (articolo 22 della legge 675/96).

Ai sensi dell'articolo 10 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. Il trattamento che intendiamo effettuare:
 - a) riguarda la categoria dei dati "sensibili" sanitari;
 - b) ha le finalità di diagnosi di cura e di adempimento agli obblighi amministrativi e fiscali;
 - c) sarà effettuato nella modalità manuale ed informatizzata;
 - e) I dati verranno comunicati, solo nei casi strettamente necessari, al laboratorio odontotecnico, ai sostituti ed alle assistenti nonché per adempiere agli obblighi fiscali ed amministrativi, allo Studio Commerciale incaricato;I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendoLe espressamente il consenso.
2. Il conferimento dei dati è obbligatorio e loro eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata esecuzione della prestazione.
3. Titolare del trattamento è il titolare dello Studio Dentistico Dott. _____, con sede in _____(Rm) via_____ Il responsabile del trattamento è il Dott. _____
4. Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 13 della legge 675/96, che per Sua comodità riproduciamo:

Diritti dell'interessato

In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto:

- a) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro di cui all'articolo 31, comma 1, lettera a), l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarlo;

CARTELLA CLINICA

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
 a _____ Residente in _____
 Città _____ Provincia _____ Telefono _____ CAP _____
 C.F. _____

Anamnesi generale

1. Quanto tempo è trascorso dal suo ultimo trattamento o controllo dentario? _____
2. Ha avuto ricoveri ospedalieri o malattie di una certa entità negli ultimi 2/3 anni? ☐ sì ☐ no
3. Ha sofferto o soffre di:
 - affezioni cardiache ☐ sì ☐ no
 - alterazioni alla pressione sanguigna ☐ sì ☐ no
 - affezioni renali ☐ sì ☐ no
 - affezioni reumatiche ☐ sì ☐ no
 - malattie del sangue ☐ sì ☐ no
 - malattie oculari ☐ sì ☐ no
 - diabete ☐ sì ☐ no
 - asma o malattie allergiche ☐ sì ☐ no
 - ulcere gastriche o duodenali ☐ sì ☐ no
4. Hai mai avuto qualche conseguenza particolare in seguito all'assunzione di anestetici, antibiotici o altri farmaci? ☐ sì ☐ no
5. Attualmente assume qualche medicina in particolare? ☐ sì ☐ no
6. Sanguina in maniera anomala quando si ferisce? ☐ sì ☐ no
7. È in gravidanza? ☐ sì ☐ no
8. Fuma? ☐ sì ☐ no
9. Ha mai avuto anestesia locale? ☐ sì ☐ no
10. Presenta ematomi o si gonfia facilmente? ☐ sì ☐ no
11. Ha mai avuto esami radiografici o terapia irradiante? ☐ sì ☐ no
12. È facilmente soggetto/a ad infezioni? ☐ sì ☐ no

ADESIVO DI IDENTIFICAZIONE
PAZIENTE

FOGLIO INFORMATIVO E CONSENSO SULL'ANESTESIA

GENTILE PAZIENTE,

prossimamente lei verrà sottoposto/a ad anestesia. L'opuscolo allegato «Anestesia» è uno strumento che la aiuterà a prepararsi al colloquio personale con l'anestesista, nel corso del quale il medico definirà insieme a lei la procedura anestesiológica più adatta all'intervento previsto e di minor impatto per lei. Al giorno d'oggi tutte le procedure anestesiológicas forniscono elevati standard di sicurezza e tutte le funzioni vitali del corpo, come l'attività cardiaca, la funzione circolatoria e respiratoria, vengono tenute ininterrottamente sotto controllo. Riteniamo comunque doveroso informarla sui rischi, anche rari, connessi all'anestesia. La preghiamo di annullare sin d'ora le eventuali domande sul retro del foglio in modo da non dimenticare di trattarle durante il colloquio con il suo medico anestesista.

RISCHI GENERALI LEGATI ALL'ANESTESIA

Il rischio di complicanze a rischio di vita, come arresto respiratorio e circolatorio o ipertermia maligna, è estremamente basso, anche per pazienti gravemente ammalati. Anche le reazioni allergiche e i danni al sistema nervoso sono molto rari. Disturbi spiacevoli che possono insorgere dopo l'anestesia, ma di breve durata, sono nausea e vomito, brividi, sensazione di freddo, prurito, ematoma, dolori alla colonna, cefalea e difficoltà alla diuresi.

discusso ☐

ANESTESIA GENERALE (O TOTALE)

Abolizione della sensazione di dolore e della coscienza. Rischi particolari: raucedine, difficoltà alla deglutizione, aspirazione, lesioni delle corde vocali, lesioni dei denti, specie se già compromessi, risveglio durante l'anestesia (molto raro).

☐

ANESTESIA LOCO-REGIONALE (O PARZIALE)

ANESTESIA SUBARACNOIDEA (ANESTESIA SPINALE/PERIDURALE)

Abolizione della sensibilità dei nervi che conducono dalla zona dell'intervento al midollo spinale. In caso di efficacia insufficiente è possibile somministrare in ogni momento antidolorifici o procedere a un'anestesia generale. Rischi particolari: cefalea, temporaneo calo della pressione sanguigna accompagnato da nausea e ritenzione urinaria. Complicanze gravi come danni alla capacità uditiva e visiva, lesioni dei nervi, paralisi dei nervi o paraplegia sono estremamente rare.

☐

ANESTESIA COMBINATA

Negli interventi con decorso postoperatorio molto doloroso (ad es. operazioni importanti all'addome o ai polmoni), spesso l'anestesia generale viene combinata con un'anestesia regionale o tronculare, in modo da agevolare il trattamento antidolorifico postoperatorio.

☐

BLOCCHI NERVOSI PERIFERICI

(ANESTESIA TRONCULARE, PER INFILTRAZIONE, REGIONALE INTRAVENOSA)

Abolizione della sensibilità dei nervi che partono dalla zona dell'intervento. In caso di efficacia insufficiente è possibile aggiungere antidolorifici addizionali o procedere a un'anestesia generale. Rischi particolari: flebite, ematoma, reazioni allergiche, crampi, danni neurologici

☐

SEDAZIONE, DORMIVEGLIA

Diminuzione della percezione tramite farmaci che possono portare a uno stato di sonno superficiale ed eventualmente a un «vuoto di memoria». Rischi particolari: diminuzione della respirazione, aspirazione.

☐

RISCHI LEGATI A PARTICOLARI INTERVENTI

Cannula arteriosa: tromboembolia, emorragia. Catetere venoso centrale: infezione, collasso polmonare, emorragia, embolia gassosa, danni neurologici. Derivazione urinaria: infezione, successivo restringimento uretrale. Trasfusione di sangue: reazione di incompatibilità, trasmissione di malattie virali (epatite, HIV) Ecocardiografia: lesioni della faringe e dell'esofago.

Qualora si rendesse necessario, acconsente alla trasfusione di sangue?

sì ☐ no ☐

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Ho discusso insieme al medico anestesista sulla procedura anestesiológica, compresi i rischi, e do il mio consenso al trattamento anestesiológico. Acconsento all'archiviazione elettronica dei miei dati e alla loro elaborazione secondo le disposizioni di legge. Tali dati possono essere trasmessi in modo controllato a terze persone, soggette all'obbligo del segreto professionale medico, ai fini della fatturazione. Applicazione del diritto e foro competente è applicabile esclusivamente la legge svizzera. Unico f

MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 10 della legge 675/96, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 22 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare ... lo stato di salute ...", ed autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini di diagnosi, cura, adempimento degli obblighi amministrativi e fiscali, nonché a scopi statistici.

Nome _____ Cognome _____

Firma leggibile
(del genitore se minorenne) _____

Informativa art. 10 legge 675/96 per il trattamento di dati sensibili

Gentile Signore/a desideriamo informarla che la legge n. 675/96 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi della legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, per i trattamenti di dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o ad organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati (articolo 22 della legge 675/96). Ai sensi dell'articolo 10 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. Il trattamento che intendiamo effettuare:
 - a. Riguarda la categoria dei dati "sensibili" sanitari;
 - b. Ha le finalità di diagnosi di cura e di adempimento agli obblighi amministrativi e fiscali;
 - c. Sarà effettuato nella modalità manuale ed informatizzata;
 - d. I dati verranno comunicati, solo nei casi strettamente necessari, al laboratorio odontotecnico, ai sostituti ed alle assistenti nonché per adempiere agli obblighi fiscali ed amministrativi, allo Studio Commerciale incaricato.
2. Il conferimento dei dati è obbligatorio e loro eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata esecuzione della prestazione.
3. Titolare del trattamento dei dati personali è il titolare dello Studio Odontoiatrico, con sede in
_____ Via _____

Il responsabile del trattamento è quindi il Dott. _____