

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO CHIRURGIA PARODONTALE E RIGENERATIVA

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

Rimodellamento e/o rigenerazione dei tessuti di supporto del dente allo scopo di arrestare la perdita di gengiva e/o osso con rischio di perdita del dente. Nel suo caso:

.....

Benefici dell'intervento

Miglioramento della stabilità dei denti e della loro prognosi (permanenza in bocca) e dell'eventuale appoggio protesico successivo.

Nel suo caso:

.....
.....

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 lesioni ossee o parodontali; raramente aumento della mobilità fino alla perdita del dente.

Nel suo caso:

.....
.....

Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere aumento della sensibilità dei denti, dolore (controllabile farmacologicamente), infezione, infiammazione (con gonfiore ed ecchimosi nella guancia e nelle zone adiacenti la sede dell'intervento) o emorragia (facilmente controllabile). Raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della temperatura. Tutte le complicazioni immediate ed a distanza vengono notevolmente ridotte attenendosi scrupolosamente alle indicazioni dell'odontoiatra (allegate) ed attenendosi ai tempi consigliati per i controlli a distanza.

Nel suo caso vi possono essere i seguenti rischi specifici:

.....
.....

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 illustrate e spiegate.

Data

Firma del paziente

Firma dell'Odontoiatra

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI PROTESI FISSA

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

Manufatti protesici di vario tipo, in appoggio sulla dentatura residua, verranno eseguiti ove necessario, in modo da restituire possibilmente una corretta funzione ed estetica alla bocca. Nel Suo caso :

.....

Benefici dell'intervento

Attraverso l'apposizione di una protesi fissa, si cerca di ristabilire funzione, estetica e solidità ai settori interessati all'intervento. In particolare, nel Suo caso :

.....

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; a volte, si può rendere necessario devitalizzare uno o più elementi in relazione al sacrificio biologico di tessuto dentale; alla durata della terapia, a volte disagiata a causa della permanenza di protesi provvisorie. In particolare nel Suo caso :

.....

Materiali impiegati

Lega metallica composta da :

ricoperta da :

Complicazioni

Una volta applicata la protesi, è necessaria una corretta igiene orale, per salvaguardare il sigillo a

livello gengivale. Inoltre eventuali imperfezioni tecniche del manufatto non visibili (es. : bolle d'aria nell'armatura o nella ceramica) non sono imputabili all'odontoiatra.

Possibili alternative

.....
.....

Altre informazioni richieste dal paziente

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

Io sottoscritt dichiaro di essere stat informat e di aver compreso lo scopo e la natura della **ricostruzione protesica** 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

Firma del Medico

.....

Nome e cognome della/del paziente.....

CONSENSO INFORMATO PER IL PAZIENTE CANDIDATO ALL'IMPLANTOPROTESI

Sono stato informato dal Titolare dello Studio della natura e degli scopi dell'intervento implantoprotesico idoneo alla soluzione del mio caso:

A) In particolare ho compreso che si tratta di un intervento che consiste nell'inserimento chirurgico di una o più radici artificiali (viti in titanio) nell'osso mandibolare o mascellare per ottenere un supporto fisso variamente utilizzabile per una protesi fissa o mobile, come ben descritto e illustrato nella brochure che mi è stata consegnata e che descrive l'intervento di implantologia endossea che mi verrà praticato osservando le linee guida e le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica come prescrive il decreto Balduzzi per il quale l'operatore sanitario, che si attiene a quanto in esso descritto, non risponde per colpa lieve ma solo per dolo o colpa grave con la conseguenza che l'operatore, a norma anche dell'art. 1229 c.c., risponderà solo per colpa grave o per dolo e non per colpa lieve.

A bis) per quanto riguarda le caratteristiche dei materiali che saranno immessi nella bocca, gli impianti sono costruiti in titanio che è un materiale usato da decenni anche in altre branche della Chirurgia (per es. Ortopedia e Chirurgia Vascolare) mentre le protesi sono in metallo porcellana o zirconio anch'essi materiali già testati e praticamente privi di effetti collaterali.

B) Ho compreso che lo scopo del trattamento implantoprotesico è quello di consentire l'applicazione di una protesi di tipo fisso con benefici generici che consistono nella possibilità di sostituire denti mancanti senza fare ponti e quindi limare denti adiacenti oppure stabilizzare le protesi mobili realizzando obiettivi specifici rappresentati dalla conservazione degli elementi dentali e dal ripristino dell'occlusione.

C) Mi sono state illustrate le possibilità alternative a questa metodica; in particolare mi è stato spiegato che senza questo tipo di trattamento, non potrà essere applicata una protesi fissa, ovvero che questa potrebbe essere fissata sui miei denti pilastro, cosa che non ho voluto accettare. In altri termini le alternative, a seconda della bocca del paziente, possono consistere in protesi mobile tradizionale (scheletrato) che si aggancia con ganci ai denti residui oppure protesi fissa tradizionale (ponte) sfruttando come pilastri i denti adiacenti che devono essere limati e, in certi casi devitalizzati oppure da una protesi mobile totale cioè da una dentiera.

D) Sono stato informato che trattandosi di un intervento chirurgico, sarà necessario praticare un'anestesia locale, i cui possibili effetti collaterali mi sono stati chiariti in dettaglio, e mi è stato altresì spiegato accuratamente che il decorso post operatorio può comportare dei disagi come dolore, gonfiore, difficoltà ad aprire la bocca e a deglutire di cui non è possibile prevedere la durata trattandosi di reazioni individuali ma che di norma sono ben controllati dalla terapia antinfiammatoria e antibiotica che è prescritta. Raramente possono altresì verificarsi turbe della sensibilità di cui non è possibile prevedere la durata e che talvolta sono irreversibili.

E) Sono stato informato che, come in tutti gli interventi chirurgici, sono possibili imprevisti e/o complicazioni e che, in presenza di infiammazione o infezione, l'impianto dovrà essere tempestivamente rimosso, onde evitare danni per l'osso e per l'organismo in generale, con rifacimento dell'intervento in un tempo successivo.

F) Mi è stato spiegato che la percentuale di successo della terapia implantoprotesica, a 10 anni, descritta in letteratura, è variabile tra il 80% ed il 95% e che quindi la percentuale di insuccesso, a 10 anni, varia dal 5 al 20% dei casi e io potrei collocarmi in questa fascia; La durata degli impianti, quindi, non è a vita, come molti credono, ma è in relazione all'igiene orale tenuta dal paziente, dallo stato di salute generale, dalle abitudini alimentari e di vita (il paziente forte fumatore andrà incontro a maggior rischio di perdita degli impianti), e devono perciò essere considerati alla stessa stregua dei denti naturali che si ammalano.

G) ho compreso che l'estetica, in alcuni casi particolari, specialmente per i settori anteriori, dove vi è poco osso, possa non essere soddisfacente.

H) mi è stato ben spiegato che il bruxismo, il fumo, la scarsa igiene orale così come l'insorgenza di malattie fortemente debilitanti aumentano il rischio di fallimento della terapia implantare.

I) Sono stato informato della necessità di visite periodiche, al fine di controllare l'igiene orale, e le condizioni dell'impianto o degli impianti e mi impegno a rispettare le scadenze che mi verranno indicate pena decadenza di qualsiasi responsabilità da parte del medico.

L) In caso di ridotta durata del manufatto implantoprotesico, al di sotto dei 2 anni, lo Studio rifà gratuitamente una altra riabilitazione fissa o, se ciò non è possibile, una riabilitazione mobile fino allo stesso valore che è stato pagato e non oltre (prestazione completamente gratuita in garanzia); Se si deve estendere il piano protesico, deve essere pagato allo studio il puro costo delle spese di laboratorio con esclusione della parcella del lavoro fatto dal dentista (prestazione gratuita solo per il lavoro fatto dal dentista escluse le pure spese).

Dopo 2 anni termina ogni forma di garanzia e le tutte eventuali riparazioni sono a totale carico del paziente.

M) Mi impegno di riferire al personale di studio, in forma prioritaria, ogni problema riguardo al lavoro in oggetto e specialmente a carico degli impianti e in ogni caso, in qualsiasi ipotesi di disagio, sarà il Titolare dello Studio ad intervenire per primo.

N) si dà atto che l'operatore ha l'obbligo di erogare i migliori mezzi e tecniche per raggiungere il miglior risultato sperato e non l'obbligo di puro risultato.

DATA

FIRMA

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c. dichiaro di aver letto e di approvare specificamente le clausole del consenso informato da me sopra sottoscritto

A) Responsabilità solo per dolo o colpa grave e non per colpa lieve.

D) Conseguenze negative con possibili turbe alla sensibilità anche irreversibili;

E) rimozione dell'impianto con ripetizione dell'intervento;

F) percentuale di insuccesso, a 10 anni, variabile dal 5 al 20% dei casi.

G) Estetica non soddisfacente in alcuni casi

H) Aumento del rischio nei casi specificati

I) Manleva legale, sia civile che penale di tipo colposo per assenza dei controlli programmati;

L) la durata della garanzia cessa dopo 2 anni.

M) In caso di qualsiasi disagio il Titolare dello Studio sarà avvertito per primo e interverrà per primo

N) obbligo di mezzi e non di risultato. 2

DATA

FIRMA

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI PROTESI MOBILE

Sig. / Sig.ra _____ Via _____

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

Diagnosi _____

Descrizione dell'intervento

Protesi parziale : protesi rimovibile con appoggio dentale e mucoso.

Protesi totale : protesi rimovibile a totale appoggio mucoso.

Le protesi vengono costruite su modelli derivati da impronte di precisione rilevate sul paziente.

Benefici dell'intervento

Attraverso l'apposizione di una protesi mobile si cerca di ristabilire la funzione masticatoria e l'estetica del paziente.

Rischi dell'intervento

L'appoggio mucoso può portare, nel tempo, ad un aumento del riassorbimento osseo alveolare.

Materiali impiegati

Lega metallica composta da: _____

Resina costituita da: _____

Altro: _____

Complicazioni

In genere le complicazioni non sono particolarmente rilevanti e a cui si può facilmente rimediare, effettuando controlli regolari dall'odontoiatra. È possibile che la protesi possa causare lesioni da decubito sulla mucosa e maggiore sensibilità termica, paradontale e alla carie degli elementi portanti. La protesi totale può non essere stabile a causa della quantità, qualità e conformazione dell'osso residuo, e ciò può variare nel tempo. Una non corretta igiene della protesi può portare a infezioni e/o degenerazioni della mucosa orale.

Possibili alternative _____

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della protesi mobile indicata nel presente modulo.

Firma del paziente

Firma dell'Odontoiatra

Data