

## Clinica Dentale San Pio X srl

Via Montegrappa 2/A  
31039 Riese Pio X ( TV )  
P.I. 03725240281

Consenso informato chirurgia orale

Informazione per il consenso al trattamento: **INTERVENTO DI CHIRURGIA ORALE**

Cognome e nome: \$\$cognomenome\$\$

C.F: \$\$codicefiscale\$\$

Indirizzo: \$\$indirizzo\$\$

Nel presente modulo verranno specificati rischi, benefici ed alternative del trattamento di intervento di chirurgia orale che viene effettuato in questa struttura . La preghiamo di leggere attentamente . Può richiedere copia di queste pagine in segreteria .

### DIAGNOSI

### DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Eliminazione di una patologia in atto attraverso un intervento chirurgico locale. Estrazione di uno o più denti inclusi o semiinclusi; asportazione di piccole cisti, radici. Possibile apertura di un lembo di accesso e relativa sutura. Nel suo caso:

### BENEFICI DELL'INTERVENTO

L'avulsione di un elemento dentario si può rendere necessaria per evitare processi infiammatori, danneggiamento dei denti adiacenti o 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 traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici; all'eventualità di ingestione accidentale di detti strumenti, a possibili lesioni ossee o parodontali. Si possono altresì ledere strutture quali il nervo alveolare inferiore (con susseguenti parestesie, anestesi, ecc.) o il seno mascellare. Nel suo caso

## COMPLICAZIONI

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infezione, infiammazione o emorragia facilmente controllabili farmacologicamente. Raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della temperatura. Nel suo caso vi possono essere i seguenti rischi specifici

Le complicazioni si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni del proprio dentista.  
Possibili alternative

Altre informazioni richieste dal paziente (scrivere le eventuali domande o la frase “nessuna domanda”)

Riese Pio X, lì \$\$data\$\$

*Clinica dentale San Pio X*  
*Direttore sanitario dott. Giovanni Toniolo*

\$\$dottore\$\$

--

Firma paziente (o di chi ne fa le veci: madre, padre, tutore)  
\$\$delegato\$\$