

**Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso ad intervento di
CHIRURGIA IMPLANTARE OSTEOINTEGRATA**

Sig.\Sig.ra _____ Nome: _____

Nato/a _____ il: _____ Residente a: _____

Via _____ Tel. _____ Cell. _____

Gentile Paziente,

in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già espressi verbalmente nel corso delle visite precedenti, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

DIAGNOSI: _____

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

E' stato informato della natura e degli scopi dell'intervento implantoprotetico idoneo alla soluzione del Suo caso. In particolare ha compreso che si tratta di un intervento di chirurgia implantare osteointegrata che consiste nell'inserimento chirurgico di una o più radici artificiali (viti in titanio) nell'osso mandibolare e/o mascellare per ottenere un supporto protesico variamente utilizzabile per protesi fissa cementata o avvitata o apparecchi rimovibili.

Nella tecnica a "vite sommersa" è necessario nella maggior parte dei casi un secondo intervento chirurgico dopo un periodo di _____ mesi per la protesizzazione dell'impianto.

Durante la fase intraoperatoria per ottimizzare il risultato estetico o per far rigenerare del tessuto osseo necessario ad una migliore stabilizzazione dell'impianto, potrebbe rendersi necessario l'utilizzo di membrane riassorbibili e non e/o "osso sintetico" (osso bovino, essiccato e deproteinizzato, idrossiapatite, derivati del corallo, ecc.). Sia le membrane che i sostituti ossei, se di origine organica, non possono in sé trasmettere in alcun modo malattie infettive.

DESCRIZIONE SPECIFICA DEL SUO INTERVENTO

BENEFICI GENERICI

Si ottiene la possibilità di sostituire elementi dentali mancanti con protesi fissa senza coinvolgimento di elementi dentali contigui o di stabilizzare protesi mobili.

ALTERNATIVE TERAPEUTICHE

Sono state illustrate le possibilità alternative a questa metodica; in particolare la possibilità di fare delle protesi convenzionali, i cosiddetti "PONTI", ancorati ai denti naturali limitrofi. In alternativa, protesi rimovibili parziali o totali convenzionali con ritenzione dentale o appoggio mucoso.

ALTERNATIVE TERAPEUTICHE SPECIFICHE

RISCHI GENERICI DELL'INTERVENTO

-Relativi all'impiego inevitabile di anestetico locale con o senza vasocostrittore a cui soggetti ipersensibili possono risultare allergici o avere reazioni avverse ove vi siano patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza.

-Mancata osteointegrazione: la percentuale di successo dell'implantologia varia in rapporto alle condizioni cliniche del Paziente e della zona sede dell'impianto (qualità ossea, condizioni anatomiche dell'osso). E' documentata una maggiore percentuale di rischio nei pazienti fumatori, diabetici e con pregressa malattia parodontale.

In condizioni ideali la percentuale di successo dell'impianto varia dal 93% al 98% dei casi. Nei fumatori si scende ad un 85% di successo a 10 anni.

Non è sempre possibile riuscire a conseguire risultati estetici ottimali.

RISCHI SPECIFICI

COMPLICANZE POSSIBILI

Trattandosi di un intervento chirurgico, sarà necessario praticare un'anestesia locale, il decorso post-operatorio comporterà dei disagi: dolore, gonfiore, difficoltà ad aprire la bocca e a deglutire, disagi dei quali non è possibile prevedere la durata trattandosi di reazioni individuali.

Talvolta possono verificarsi alterazioni della sensibilità cutanea di cui non è possibile prevedere la durata e che talvolta sono irreversibili.

Può verificarsi la perdita dell'impianto per non-integrazione od infezione post-operatoria, evenienza comunque rara come detto in precedenza (mediamente 4% nei primi 6 mesi).

Non è descritto in letteratura nessun fenomeno di rigetto.

Come in tutti gli interventi chirurgici potranno intervenire degli imprevisti e/o complicazioni che potranno arrivare fino alla ripetizione dell'intervento.

Gli insuccessi in implantologia sono classificabili in tre categorie:

1. INSUCCESSI LEGATI AL MANCATO ATTECCHIMENTO DELL'IMPIANTO

Infezioni postoperatorie, traumi sulla gengiva, dolori in sede di intervento, disturbi della sensibilità, comunicazioni col seno mascellare e sinusite

2. INSUCCESSI A LUNGO TERMINE PER MOBILITA' DEGLI IMPIANTI

Perimplantite (infezione cronica della gengiva intorno all'impianto), abbassamento progressivo dell'osso di sostegno, indebolimento strutturale degli impianti

3. INSUCCESSI LEGATI ALLA PROTESI REALIZZATA SUGLI IMPIANTI

Mobilità della protesi, fratture delle ceramiche, svitamento dei perni dagli impianti, estetica insoddisfacente a livello del passaggio tra dente e gengiva.

Le categorie 1 e 2 sono rare, mentre i casi più frequenti di insoddisfazione o disagio sono dovuti alla categoria 3, anche perché spesso la quantità di osso presente è talmente poca che pur di riuscire a posizionare degli impianti si devono accettare dei compromessi estetici o strutturali di resistenza a lungo termine, soprattutto in presenza di masticazioni molto forti o con problemi di digrignamento o serramento.

In conseguenza è essenziale l'impegno a rispettare una corretta l'alimentazione (no cibi duri come il mandorlato) e il mantenimento di una corretta e costante **igiene orale quotidiana** e il **rispetto dei controlli periodici** che verranno di volta in volta programmati. Questi costituiscono elemento fondamentale alla riuscita a lungo termine.

Qualora non si eseguano i controlli medici programmati, avendo chiarito quale danno può derivarne (infezione dell'impianto – perimplantite - con perdita dell'impianto, ecc.) si solleva il Dr Michele Caruso o il suo Collaboratore da ogni responsabilità che derivi direttamente dagli omessi controlli medesimi.

GUIDA E RADIOGRAFIE

Astenersi dalla guida di veicoli e uso di macchine (industriali) nel caso sia stata impiegata la sedazione profonda (protossido) o presidi anestesiológicos similari. Sarà necessario ricorrere, prima e dopo l'intervento all'uso di farmaci prescritti prima e dopo la seduta chirurgica. Alcuni di essi possono dare sonnolenza. Può essere necessario eseguire ulteriori esami radiologici, clinici e di altro genere, utili ai fini della riuscita del trattamento.

GARANZIE

In caso di ridotta durata del manufatto protesico (inferiore ai 5 anni) lo Studio è disponibile a **rifare gratuitamente il medesimo piano di terapia** e se si dovrà estendere il piano protesico verrà corrisposta allo studio la sola differenza.

Qualora il manufatto avesse una durata superiore ai 5 anni e fino ai 10 anni, verrà pagato allo studio solo il costo di laboratorio se sarà possibile eseguire la stessa protesi. Qualora non sia possibile verrà quantificato il costo per una protesi simile e verrà corrisposto l'eventuale sovrappiù per una protesi che possa restituire la situazione masticatoria precedente.

Questo a condizione che il Paziente rispetti le visite periodiche di controllo (ogni 6 mesi), si impegni a mantenere una corretta igiene domiciliare ed esegua le regolari sedute di igiene orale (sedute semestrali).

ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE (Domande del Paziente)

Treviso, _____ La/Il Paziente _____ dr Michele Caruso _____

Riassumendo:

Io sottoscritto/a sig/sig.ra _____ essendo a conoscenza che:

- 1) nella mia bocca possono essere inseriti degli impianti endo-ossei per il sostegno di protesi fisse o mobili;
- 2) per la sostituzione dei denti mancanti possono essere utilizzate in alternativa delle protesi tradizionali non sorrette da impianti;
- 3) le tecniche implantologiche, pur largamente sperimentate, presentano un margine di insuccesso, anche a distanza di tempo
- 4) dopo l'applicazione delle protesi sono possibili complicanze come l'alterazione della sensibilità dei tessuti molli, ecc.
- 5) l'estetica delle protesi fisse applicate su impianti nel passaggio tra gengiva e protesi può non essere ottimale per motivi di impossibilità di migliore localizzazione dell'impianto

con la presente **DICHIARO**

- ◆ di essere stato adeguatamente informato a voce, con immagini ed ausili scritti, sulle finalità del trattamento cui verrò sottoposto, sulle eventuali alternative terapeutiche percorribili, sui rischi impliciti nel trattamento, sulle principali caratteristiche funzionali ed estetiche dei manufatti che saranno applicati
- ◆ di avere avuto tempo e modo di riflettere e di scegliere liberamente di sottopormi alla terapia chirurgica proposta
- ◆ di impegnarmi fin d'ora a seguire il piano di controlli a distanza e di sedute di igiene orale
- ◆ di sforzarmi nel mantenere un adeguato livello di igiene orale seguendo le istruzioni fornitemi nello Studio Dentistico del dr Caruso

◆ di essere disponibile all'esecuzione degli esami radiografici che il dr Caruso riterrà utili

e pertanto **ACCETTO** e **SOTTOSCRIVO**:

di sottopormi alle procedure chirurgiche ed odontoiatriche correlate all'implantologia orale, effettuate nello studio del Dr Caruso da lui o dai suoi Colleghi Collaboratori.

Treviso, _____

La/Il Paziente _____

dr Michele Caruso _____