

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI CHIRURGIA ORALE (estrazioni)

Sig.\Sig.ra _____ Nome: _____

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

Eliminazione di una patologia in atto attraverso un intervento chirurgico locale. Estrazione di uno o più denti inclusi o semi-inclusi; asportazione di piccole cisti, radici. Possibile apertura di un lembo di accesso e relativa sutura. Si agisce con l'esterazione di un elemento dentario in questi casi: (il suo caso è indicato con una X)

- Carie distruttrice della corona
- Presenza di lesioni apicali intrattabili con trattamenti di endodonzia o apicectomia
- Gravi lesioni parodontali (della gengiva e dell'osso) con mobilità dell'elemento dentario
- Interferenza del dente con riabilitazioni protesiche coerenti
- Frattura della radice
- Ragioni ortodontiche, ovvero la necessità di creare spazio per un corretto allineamento dentale

Benefici dell'intervento

L'avulsione di un elemento dentario si può rendere necessaria per evitare processi infiammatori, danneggiamento dei denti adiacenti. Nel suo caso: _____

Rischi generici 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 in nervo alveolare inferiore (con susseguenti parestesie, anestesie, ecc.) o il seno mascellare. Nel suo caso: _____

Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infezione, infiammazione o emorragia facilmente

controllabili. 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 (allegate).

Possibili alternative _____

Altre informazioni richieste dal paziente _____

Io sottoscritto/adichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura degli atti di chirurgia orale indicati 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.

Treviso, _____

La/Il Paziente _____

dr Michele Caruso _____