

## DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO PER PRESTAZIONE DI IGIENE ORALE

Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_

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.

**Diagnosi:** \_\_\_\_\_

### Descrizione dell'intervento

Eliminazione del tartaro sopragengivale tramite strumento ad ultrasuoni o manuale. Eliminazione del tartaro sottogengivale tramite strumentazione manuale; sondaggio parodontale, decontaminazione delle tasche parodontali, sigillatura dei solchi, applicazione di fluoro, applicazione di lacche desensibilizzanti, sbiancamento degli elementi dentali.

Nel suo caso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Benefici dell'intervento

L'avulsione del tartaro contribuisce in maniera determinante all'abbassamento della carica batterica, la decontaminazione delle tasche parodontali contribuisce alla cura della malattia parodontale, unitamente all'igiene domiciliare; la sigillatura dei solchi, unitamente all'igiene domiciliare, contribuisce all'abbassamento delle probabilità di incidenza della carie nelle zone trattate.

### Rischi dell'intervento

Sono relativi : alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici; a possibili lesioni parodontali; aumento della sensibilità dentale per esposizione delle radici attualmente coperte dal tartaro.

### Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infiammazione o emorragia facilmente controllabili. Nel suo caso vi possono essere i seguenti rischi specifici:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le complicazioni si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni del proprio Igienista Dentale.

## Possibili alternative

---

---

## Altre informazioni richieste dal paziente ("Nessuna Domanda")

---

---

Io sottoscritto/a .....dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura degli atti **di Igiene 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.ssa Marini Emanuela \_\_\_\_\_