

## DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO A INTERVENTI DI RIABILITAZIONE PROTESICA FISSA

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

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

Sostituzione degli elementi dentari mancanti utilizzando ponti o corone (protesi fissa), inlay ed only, faccette estetiche, in appoggio sulla dentatura residua, per migliorare la funzionalità, l'estetica e/o la capacità masticatoria nel caso di denti persi, compromessi da pregresse patologie.

Nel suo caso: \_\_\_\_\_

### Benefici dell'intervento

Possibilità di sostituire denti mancanti o di avere elementi stabilizzati con ripristino della funzione masticatoria e/o dell'estetica del sorriso.

**Alternative Terapeutiche 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 durata della terapia, a volte disagiata a causa della permanenza di protesi provvisorie i cui risultati estetici e funzionali possono non essere pienamente soddisfacenti.

Risultati estetici e funzionali ottimali e duraturi sono talvolta difficili da ottenere, in particolare laddove il paziente non segua scrupolosamente i dettami di una corretta igiene orale, sia

utilizzando le metodiche che il dr Caruso indicherà come più opportune, sia sottoponendosi a controlli periodici tendenti a valutare la capacità di mantenimento igienico e la salute dei tessuti gengivali, sia per condizioni anatomiche sfavorevoli.

### Materiali impiegati

Resina acrilica e/o acetilica; Leghe metalliche con percentuali variabili di metalli nobili (oro, palladio, platino, argento, ecc.); ceramica; materiali d'impronta (alginati, siliconi, ecc.).

### Complicazioni

Durante alcune fasi è possibile avere dolore, infezione, infiammazione e modeste emorragie facilmente controllabili.

Alcuni elementi dentari potrebbero dover essere sottoposti a terapia canalare (devitalizzazione) a seguito di una ipersensibilità secondaria alla riduzione, seppur limitata, dello spessore dello smalto o a motivo di una superficialità anatomica del nervo dell'elemento trattato.

Rare complicanze gnatologiche (click articolari, indolenzimenti muscolari, cefalee, cervicalgie) sono talvolta susseguenti a trattamento protesico.

L'assenza di una corretta igiene orale domiciliare così come spiegato con immagini e oralmente in studio e il non presentarsi ai controlli semestrali che sono estensione della presente terapia ed economicamente già compresi in essa, può compromettere il sigillo a livello gengivale riducendo notevolmente la durata della stessa.

Inoltre, eventuali imperfezioni tecniche del manufatto non visibili (es.: bolle d'aria nell'armatura o nella ceramica) non sono imputabili all'odontoiatra ma all'incompleto o mancato adattamento della protesi da parte del paziente.

### Garanzia

Sono previste garanzie sulla durata del manufatto. 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 richieste dal Paziente ("Nessuna Domanda")** \_\_\_\_\_

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

Io sottoscritto/a .....dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura **della ricostruzione protesica fissa** 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.

Treviso, \_\_\_\_\_

La/Il Paziente \_\_\_\_\_

dr M. Caruso \_\_\_\_\_