
**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO
AD INTERVENTO DI TERAPIA
INTERVENTO DI CHIRURGIA IMPLANTARE OSTEOINTEGRATA**

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già esposti, e con Lei condivisi nel corso della visita sia oralmente che con l'utilizzo delle schede informative presenti sul sito web del nostro studio www.studiodentisticocerato.it in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal Codice Deontologico.

Diagnosi:

.....

Descrizione dell'intervento.

Inserimento di una o più viti in titanio nell'osso mascellare o mandibolare per ottenere un valido supporto per protesi fissa o mobile.

Nel Suo caso è prevista l'inserzione di:

.....

Un impianto può necessitare di un secondo intervento dopo un periodo di tempo variabile, in funzione della metodica impiegata e delle condizioni dei tessuti biologici del paziente, prima di essere caricato con il manufatto protesico.

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 necessaria l'utilizzazione di membrane riassorbibili o non riassorbibili e/o di "osso sintetico" (osso bovino essiccato e deproteinizzato, idrossiapatite, derivati del corallo etc.).

Sia le membrane che i sostituti ossei, se di origine organica, non possono in sé trasmettere in alcun modo malattie infettive.

Benefici dell'intervento.

Possibilità di sostituire denti mancanti o di avere elementi stabilizzanti nelle protesi mobili.

Nel Suo caso:

.....

Rischi dell'intervento.

Sono relativi all'impiego inevitabile di anestetico locale, con o senza vasocostrittore, a cui soggetti ipersensibili possono risultare allergici, (ove vi siano patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza); alla non frequente possibilità di insuccesso dell'osteointegrazione per cause non prevedibili ; alla necessità di più interventi nella stessa zona; alla possibilità intraoperatoria di ricorrere all'inserimento di membrane riassorbibili, o non riassorbibili a seconda delle necessità terapeutiche individuali, o all'utilizzo di osso sintetico (osso bovino liofilizzato, idrossiapatite, derivati del corallo o della porcellana per citare alcuni dei "riempitivi" più comuni) nell'evenienza che il sito implantare non offra garanzie di solidità sufficiente del supporto osseo; alla lunghezza del periodo che intercorre tra inizio e fine terapia. Risultati estetici ottimali e duraturi sono talvolta difficili da ottenere.

Materiali impiegati.

Vite in titanio.

Materiale di riempimento per difetti ossei (osso bovino liofilizzato, idrossiapatite, derivati del corallo, derivati della porcellana).

Membrane riassorbibili e non riassorbibili.

Nel Suo caso:

.....

Complicazioni.

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infezione, infiammazione od emorragia facilmente controllabili. L'impianto può non integrarsi e dare luogo a infezione nei primi mesi.

Raramente si possono ledere strutture quali il nervo alveolare inferiore (che può provocare alterazione della sensibilità temporanea o permanente del labbro inferiore) o il seno mascellare (che può provocare sinusiti acute o croniche od infezioni acute).

Impegno con il medico curante.

Le riabilitazioni protesiche su impianti osteointegrati necessitano di essere mantenute in un perfetto stato di igiene orale. Sono previste visite di controllo ogni 4 mesi nel primo anno ed ogni 6 mesi negli anni successivi. Il mancato rispetto delle suddette visite di controllo e delle relative manovre di igiene professionale sugli impianti può compromettere il risultato della riabilitazione.

Altre informazioni richieste dal paziente (scrivere le eventuali domande o la frase "Nessuna Domanda").

.....

Io sottoscritto / a:

Signora / Signor

Nata/o a

In data

Residente a

Indirizzo

Telefono

e-mail

dichiaro di essere stato informato/a e di aver ben compreso lo scopo e la natura della terapia indicata nel presente modulo e nella scheda informativa presente sul sito web all'indirizzo: www.studiodentisticocerato.it, 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.

Dichiaro altresì di aver ricevuto le "norme comportamentali post intervento implantologico" a cui attenersi.

Luogo, data ed ora:

ore

presenti:

Il Paziente

Il Medico

L'Assistente



Via B. Pallio, 19 – 14100 Asti
Tel. 0141 598004 – 373 8175188
mail: info@studiodentisticocerato.it
www.studiodentisticocerato.it

.....
Firma del Paziente

.....
Firma del Medico

.....
Firma dell'Assistente