

---

**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](http://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](http://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