

---

## DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI RIABILITAZIONE PROTESICA

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.**

Sostituzione degli elementi dentari mancanti utilizzando ponti o corone (protesi fissa), apparecchiature rimovibili (protesi parziali o totali), faccette estetiche, per restituire la funzionalità, l'estetica e/o la capacità di resistere al carico masticatorio nel caso di denti 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.

### **Rischi dell'intervento.**

Sono relativi: all'impiego inevitabile di anestetico locale, con o senza vasocostrittore, 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, 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 Medico curante indicherà come più opportune, sia sottoponendosi a controlli periodici tendenti a valutare la capacità di mantenimento igienico e la salute dei tessuti gengivali.

Limitatamente alle protesi rimovibili, si segnala la possibilità di lesioni a carico degli elementi dentari su cui direttamente incidano ganci metallici.

### **Materiali impiegati.**

Resina acrilica e/o acetilica.

Leghe metalliche con percentuali variabili di elementi nobili (oro, argento, platino, ecc.).

Ceramica

Acciaio

Materiali d'impronta (alginati, siliconi, ecc.)

.....

Nel Suo caso:

.....

## 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 a seguito di una ipersensibilità secondaria dovuta alla riduzione, seppur limitata, dello spessore dello smalto od a motivo di una superficialità anatomica del nervo dell'elemento trattato. Rare complicanze gnatologiche (click articolari, indolenzimenti muscolari, cefalee, cervic1gie) sono talvolta susseguenti a trattamento protesico. Inoltre, eventuali imperfezioni tecniche del manufatto non visibili (es. : bolle d'aria nell'armatura o nella ceramica) non sono imputabili all'odontoiatra.

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

.....

Io sottoscritto / a:

Signora / Signor	<input type="text"/>		
Nata/o a	<input type="text"/>	In data	<input type="text"/>
Residente a	<input type="text"/>	Indirizzo	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

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 di riabilitazione protesica" a cui attenersi.

Luogo, data ed ora:

Il Paziente

Il Medico

presenti:

L'Assistente

.....  
Firma del Paziente

.....  
Firma del Medico

.....  
Firma dell'Assistente