
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 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, cervicalgie) 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			
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 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