

---

## DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO ORTODONTICO

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:**

.....

### **Obiettivi del trattamento ortodontico.**

Obiettivi del trattamento ortodontico sono il raggiungere un buon allineamento dentale ed un corretto rapporto tra le arcate nel rispetto dei tessuti molli e dell'articolazione temporo-mandibolare.

Per un favorevole svolgimento e successo della terapia il paziente deve impegnarsi a:

- presentarsi agli appuntamenti prestabiliti;
- mantenere i denti ben puliti;
- portare gli apparecchi secondo i modi ed i tempi indicati seguendo attentamente le istruzioni date;
- comunicare tempestivamente eventuali variazioni nell'assetto dell'apparecchio (distacco di bande, di attacchi, ecc.);
- seguire con scrupolo la fase di contenzione.

### **Rischi del trattamento ortodontico.**

Il trattamento ortodontico, come qualsiasi atto medico, presenta alcuni rischi che si possono verificare anche durante una terapia eseguita nel migliore dei modi.

L'ingombro per la presenza dell'apparecchiatura può provocare, specialmente nelle fasi iniziali della terapia, disagi nella vita di relazione con difficoltà soprattutto nel mangiare e nel parlare.

La pressione sulle guance e sulle labbra può determinare, nei primi giorni di applicazione dell'apparecchiatura un fastidio più o meno intenso che scompare dopo la fase di adattamento.

Una sensazione dolorosa di varia entità può presentarsi dopo 2-3 ore e per circa 2-3 giorni dopo ogni attivazione dell'apparecchiatura ortodontica.

Allergie non note ai materiali utilizzati possono costringere alla interruzione del trattamento.

Il distacco o rottura delle apparecchiature ortodontiche devono essere subito comunicate perché eventuali frammenti possono essere accidentalmente ingeriti o aspiranti o ledere le gengive e le guance.

Carie, infiammazioni gengivali, decalcificazioni dei denti possono verificarsi se gli alimenti consumati contengono zucchero in quantità eccessiva e/o non si provvede ad una accurata e continua pulizia.

Gli apparecchi ortodontici di per sé non provocano carie ai denti, o infiammazioni gengivali, ma a causa della loro presenza si ha un maggiore accumulo di placca batterica per cui è fondamentale osservare una scrupolosa igiene orale.

L'accorciamento delle radici dei denti si può verificare, in alcuni casi, durante il trattamento ortodontico.

Di solito questo non comporta conseguenze, ma qualche volta può costituire un problema con perdita di vitalità e notevole riduzione della durata nel tempo del dente o dei denti interessati da questo accorciamento. La comparsa di dolori o rumori all'articolazione temporo-mandibolare

dovranno essere immediatamente comunicati all'ortodontista. Tali disturbi possono presentarsi durante il trattamento ortodontico come in qualsiasi altro momento della vita.

Disallineamento. I denti possono presentare una tendenza a muoversi dopo l'allineamento ortodontico.

L'uso scrupoloso dell'apparecchio di contenzione che le verrà, eventualmente, consegnato a fine terapia diminuisce questo rischio. Vi possono essere, per, altre cause, al di fuori del controllo dell'ortodontista (deglutizione infantile, respirazione con la bocca, eruzione dei denti del giudizio, crescita scheletrica, abitudini viziate), che possono provocare cambiamenti anche profondi. Per queste ragioni la fase di eventuale contenzione è importante quanto quella della terapia attiva e deve durare il più a lungo possibile.

L'estrazione dei denti del giudizio può rendersi necessaria, anche a distanza dalla fine del trattamento ortodontico, nel caso di mancanza di spazio per una corretta eruzione in arcata degli stessi.

Lesioni dello smalto dei denti possono raramente verificarsi durante lo smontaggio delle apparecchiature fisse al termine del trattamento.

Non sottoporsi al trattamento ortodontico potrebbe determinare uno o più dei seguenti inconvenienti:

- a) aggravamento della malocclusione esistente;
- b) turbe della masticazione e della digestione;
- c) affezioni della mucosa orale (infiammazioni gengivali, periodontiti, ecc.);
- d) compromissione dell'estetica del viso;
- e) alterazioni a carico dell'articolazione temporo-mandibolare.

Il trattamento può richiedere un periodo più lungo del previsto. Una crescita ossea in eccesso o in difetto, una ritardata eruzione dei denti permanenti, una scarsa igiene orale, il non portare per il numero di ore raccomandate gli eventuali dispositivi consegnati, la rottura degli apparecchi e i mancati appuntamenti possono prolungare il trattamento e comprometterne il risultato.

Si raccomanda di seguire scrupolosamente le istruzioni date per l'uso delle apparecchiature ortodontiche in quanto un incauto utilizzo delle stesse possono provocare anche gravi lesioni (viso, occhi, guance ecc.).

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 alla terapia ortodontica che mi è stata dettagliatamente illustrata e spiegata e a tutte le relative registrazioni necessarie (impronte, fotografie, radiografie).

Luogo, data ed ora:

Il Paziente

Il Medico

presenti:

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