

CONSENSO INFORMATO
CHIRURGIA
ODONTOSTOMATOLOGICA

Dott.

MODULO PERSONALIZZATO x intervento di CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGICA

Vengono riassunte in questo modulo le informazioni già espresse a voce nel corso della visita, al fine di ottenere il suo consenso libero, partecipato e condiviso anche in forma scritta alla esecuzione delle terapie di chirurgia orale.

Paziente **CF:**
Obiettività-Diagnosi

Semplificata descrizione dell'intervento chirurgico in anestesia locale cui Lei verrà sottoposto/a, quale terapia della patologia in atto. Nel suo caso: apertura lembo di accesso e relativa sutura

Scopo dell'intervento nel suo caso: terapia chirurgica della patologia in atto per ridurre e controllare l'infiammazione/infezione, danneggiamento denti adiacenti

Rischi dell'intervento: esistono "rischi generici" relativi all'inevitabile impiego di anestetici locali con o senza vasocostrittore, a cui alcuni soggetti possono risultare sensibili per allergie o condizioni di salute sino ad oggi non manifestatesi. Vi sono poi "rischi specifici" legati alla particolarità anatomica della regione di intervento, che presenta intimo rapporto con strutture di rispetto quali il nervo alveolare inferiore e/o il nervo linguale (con possibilità di causare alterazioni della sensibilità definite anestesia - temporanee o permanenti - parestesie o disestesie, di cui le è stato spiegato il significato) o il seno mascellare) **Nel Suo caso:**

Complicanze immediate o tardive prevedibili che potrebbero derivare dalle terapie da eseguire: dopo ogni intervento di chirurgia odontostomatologica è possibile avere dolore, gonfiore, infiammazione, infezione, emorragia, in genere opportunamente controllabili seguendo scrupolosamente le indicazioni che le vengono fornite; raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della temperatura. **Nel suo caso** sono prevedibili e non prevenibili le seguenti complicanze:

Rischi in caso di mancato trattamento

Alternative terapeutiche possibili nel Suo caso

Il/la sottoscritto/a..... **RIFIUTA** le alternative terapeutiche di cui sopra e **ACCETTA** la possibilità che si verifichino complicanze anche non prevedibili oltre a quelle descritte, legate alla biologia del paziente

Firma.....

Altre informazioni richieste dal paziente (scrivere le eventuali domande o la frase "nessuna domanda")

Dopo aver compreso e sottoscritto quanto espresso ai punti precedenti,

il/la sottoscritto/a.....

DICHIARA

- di essere stato/a informato in maniera chiara ed esaustiva e di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie proposte
- di essere stato edotto sulle possibili complicanze prevedibili che ne potrebbero derivare, elencate dettagliatamente nel presente modulo,
- di essere conscio dell'esistenza di complicanze non prevedibili legate alla biologia propria del paziente, essendo disposto a fronteggiarle se accadesse
- di essere stato/a informato in maniera chiara ed esaustiva sulla importanza, al fine del mantenimento, a medio e lungo termine, del successo del trattamento terapeutico, della scrupolosa attuazione di efficaci misure di igiene orale, non limitata alla ordinaria pulizia dei denti e della bocca con spazzolino e filo interdentale, ma estesa all'utilizzo di ulteriori presidi meccanici (spazzolino elettrico e idropulsore) e chimici (collutori e gel clorexididici)

FORNISCE IL SUO CONSENSO

affinché il dottor e/o i suoi collaboratori, operanti presso lo studio, prestino la loro opera.

COGNOME NOME LUOGO.....DATA

Firma leggibile.....