

# CONSENSO INFORMATO DENTE CON PROGNOSI LIMITATA

**Carta intestata**

## MODULO PERSONALIZZATO DI **CONSENSO INFORMATO** ALLE TERAPIE

Vengono riassunte in questo modulo le informazioni date al paziente a voce, al fine di ottenere il consenso informato in forma scritta

**Paziente**

**CF:**

**Obiettività-Diagnosi**

**Piano di trattamento**

### **Complicanze immediate o tardive prevedibili che potrebbero derivare dalle terapie da eseguire**

Possibile prognosi limitata a carico del dente a causa di forte indebolimento strutturale tale da rendere necessaria la sua estrazione nell'evenienza di carie secondaria recidivante e/o dislocazione del restauro conservativo/protesico o non guarigione della lesione. Specificamente nel caso in esame:

### **Alternative terapeutiche**

- Non intervento
- Estrazione immediata del dente
- Chirurgia resettiva

### **Rischi in caso di mancato trattamento**

- Infiammazione e infezione del dente e dei tessuti parodontali limitrofi
- Frattura della struttura dentale residua
- Gonfiore e dolore

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.....

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 clorexidinici)

## **FORNISCE IL SUO CONSENSO**

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

COGNOME NOME ..... LUOGO.....DATA .....

Firma leggibile.....