

# CONSENSO INFORMATO ENDODONZIA

## Carta intestata

### MODULO PERSONALIZZATO DI **CONSENSO INFORMATO** PER TERAPIE ENDODONTICHE

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

Paziente

CF:

#### Premesse

##### Terapia canalare o endodontica

La terapia endodontica delle radici dentali consiste nell'accesso, sagomatura, detersione, disinfezione e riempimento del sistema canalare con materiali non riassorbibili (guttaperca). La sagomatura dei canali viene ottenuta in questo studio attraverso l'utilizzo di strumentario in acciaio e in nichel titanio a mano o montato su manipoli.

Le tecniche adottate presso lo studio sono affidabili, sperimentate e supportate scientificamente dall'evidenza.

Sia pure in un esiguo numero di casi, gli strumenti inseriti nei canali, per motivi attribuibili in massima parte alla conformazione anatomica dei canali radicali stessi, potrebbero andare incontro a rottura. In questi casi non sempre possibile potrà risultare la rimozione del frammento rimasto nel canale e, per conseguenza il completamento della terapia endodontica del canale stesso.

In alcuni casi la terapia endodontica prevede l'utilizzo di medicazioni intermedie e quindi un numero maggiore di sedute odontoiatriche. La terapia endodontica espone il paziente, durante il periodo della sua esecuzione, e talora per qualche tempo successivamente all'ultimazione della stessa, a episodi di dolore che possono richiedere l'assunzione di farmaci antinfiammatori e/o antibiotici.

##### Ritratamento endodontico

Il rientro in canali già precedentemente trattati può risultare indaginoso e talora impossibile, ma ciò pur essendo prevedibile non è prevenibile.

#### Obiettività-Diagnosi

#### Piano di trattamento

#### Alternative terapeutiche

Non intervento

#### Rischi in caso di mancato trattamento

Infiammazioni e infezioni (ascessi con rischio di dover estrarre immediatamente il dente). Frattura elemento dentale.

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

La terapia endodontica espone il paziente, durante il periodo della sua esecuzione, e talora per qualche tempo successivamente all'ultimazione della stessa, a episodi di dolore che possono richiedere l'assunzione di farmaci antinfiammatori e/o antibiotici.

I denti premolari e molari trattati endodonticamente sono maggiormente esposti al rischio di frattura: è pertanto fortemente consigliato, a termine terapia endodontica, il loro ricoprimento cuspidale con intarsi o corone protesiche.

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.....