

# CONSENSO INFORMATO CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA

**Dott.**

## MODULO PERSONALIZZATO INTERVENTO DI CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA

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 implantologica

**Paziente**  
**Obiettività-Diagnosi**

**CF:**

**Semplificata descrizione dell'intervento chirurgico** in anestesia locale cui Lei verrà sottoposto/a quale terapia del ripristino di denti mancanti con impianti endoossei: probabile apertura lembo di accesso e relativa sutura al fine dell'inserimento di impianti endoossei (viti in titanio) nell'osso mascellare e/o mandibolare **Nel suo caso** è previsto l'inserimento

|   |                |  |                  |
|---|----------------|--|------------------|
| - <b>Post -estrattivo immediato</b>               | <b>in sede</b> | <b>con prevedibile % di successo mascellare sup</b>  | <b>mandibola</b> |
| - <b>Post-estrattivo differito a 45-60 giorni</b> | <b>in sede</b> | <b>con prevedibile % di successo mascellare sup.</b> | <b>mandibola</b> |
| - <b>In osso stabilizzato</b>                     | <b>in sede</b> | <b>con prevedibile % di successo mascellare sup.</b> | <b>mandibola</b> |

Durante la fase intraoperatoria, per migliorare l'estetica e/o per far rigenerare il tessuto osseo necessario ad una migliore stabilizzazione dell'impianto, potrebbe rendersi necessaria l'utilizzazione di biomateriali (membrane riassorbibili o non riassorbibili e/o di "osso sintetico": ciò determina un aumento dei tempi di guarigione ed un aggravio di spesa.

Dopo circa ..... dall'inserimento degli impianti (viti, fixtures), in virtù della metodica impiegata, delle condizioni e della biologia dei suoi tessuti parodontali (gengiva e osso), è prevista la necessità di un secondo intervento chirurgico, prima di procedere con la costruzione della protesi. **Nel suo caso** dopo circa .....

**Scopo dell'intervento di chirurgia implantare:** creare supporto per ripristino protesico di denti mancanti; gli impianti sostituiscono parzialmente le radici dei denti andati perduti o creano supporto per stabilizzare protesi rimovibili. **Nel suo caso:** .....

**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 per condizioni di salute sino ad oggi non manifestatesi. Sia pur in minima% gli impianti potrebbero andare perduti, oltre che per errori di inserzione, anche per reazioni tissutali legate alla biologia del paziente (batteri) o alla non idonea condizione igienica della bocca (scarsa igiene) e a causa del fumo di sigaretta. In definitiva non è possibile prevedere quale sarà la risposta biologica dell'organismo ospite e pertanto non è possibile offrire garanzie sul successo implantare o sulla sua durata nel tempo sotto carichi funzionali ed eventualmente parafunzionali che dovessero insorgere.

L'esperienza clinica e la letteratura scientifica dimostrano che gli impianti offrono una buona soluzione per il ripristino protesico dei denti mancanti

**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, sanguinamento, 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: .....

Se viene eseguita tecnica di rialzo del seno mascellare si possono avere ecchimosi o ematomi sul volto e il paziente deve rigorosamente attenersi alle precauzioni comportamentali indicate dal curante

**Alternative terapeutiche possibili:** il ricorso a protesi rimovibili, complete o parziali, o la costruzione di ponti protesici che comporta il sacrificio di sostanza a carico dei denti pilastro che andranno incontro a limatura con frese da preparazione. **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 clorexidinici)

**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.....