

CONSENSO INFORMATO PROTESI

Carta intestata

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

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

INFORMATIVA GENERICA

L'odontoiatria protesica è quella branca dell'odontoiatria che si occupa del ripristino e del mantenimento delle funzioni orali, del benessere, dell'aspetto e della salute del paziente per mezzo del restauro protesico dei denti naturali e/o della sostituzione dei denti mancanti e dei tessuti orali contigui con sostituti artificiali.

Con la protesi fissa è possibile il restauro e/o la sostituzione dei denti con sostituti artificiali che non possono essere rimossi dalla bocca; con la protesi rimovibile parziale o totale si ha la sostituzione dei denti e delle strutture contigue, nei pazienti parzialmente edentuli o totalmente edentuli, con sostituti artificiali che possono essere rimossi dalla bocca; con la protesi su impianti è possibile il restauro dei denti mancanti grazie al posizionamento di impianti. **Nel suo caso il piano di trattamento proposto è:**

Alternative terapeutiche

Rischi in caso di mancato trattamento

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

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 accadessero
- 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