

# CONSENSO INFORMATO SBIANCAMENTO DENTALE

*Carta intestata*

## MODULO PERSONALIZZATO DI CONSENSO INFORMATO ALLO SBIANCAMENTO DENTALE

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

**Paziente**

**CF:**

### Informazioni

Lo sbiancamento dentale si ottiene utilizzando dei prodotti odontoiatrici certificati e testati i cui principi attivi sono il perossido di idrogeno o il perossido di carbammide.

Questi principi attivi sono disponibili in diverse concentrazioni che a loro volta prevedono differenti modalità di impiego.

Il principio attivo agisce sulle molecole che causano le discromie penetrate all'interno del dente.

Dopo un'attenta anamnesi, dopo un'attenta visita, dopo aver considerato le Sue richieste, dopo aver valutato le Sue necessità e dopo averne discusso con Lei, il Dr. .... Le propone il seguente trattamento sbiancante:

<b>Nome del prodotto</b>			
<b>Principio attivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perossido di idrogeno</li><li>• Perossido di carbammide</li></ul>		
<b>Concentrazione</b>			
<b>Metodica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ambulatoriale</li></ul>	N° applicazioni	
		Durata di ogni applicazione	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Domiciliare</li></ul>	N° applicazioni	
		Durata di ogni applicazione	

### Avvertenze

Lo sbiancamento non agisce su corone protesiche, otturazioni o qualsiasi altro materiale da restauro presente nel cavo orale. Dopo il trattamento sbiancante, eventuali corone protesiche od otturazioni potranno essere maggiormente visibili in quanto non più adeguate al nuovo colore raggiunto dai denti naturali. In tal caso potranno essere sostituite (non prima di due settimane dall'ultima applicazione di materiale sbiancante) con altre dello stesso colore dei denti sbiancati.

Nella maggior parte dei casi trattati con gli agenti sbiancanti si ottiene un evidente risultato estetico, tuttavia alcuni soggetti si possono rivelare non sensibili a tale metodica, perciò non sempre è possibile garantire il risultato.

La preghiamo di rispettare gli appuntamenti di controllo che Le verranno dati per monitorare la stabilità nel tempo del risultato ottenuto o eventuali recidive.

La preghiamo altresì di rispettare gli appuntamenti con lo studio per le periodiche sedute di igiene professionale.

### Possibili effetti collaterali

In alcuni casi, durante o poco dopo il trattamento, può insorgere una certa sensibilità dentale. Tale sensibilità, che può essere più o meno lieve, è assolutamente reversibile nel giro di poche ore oppure, in pochissimi casi, nel giro di qualche giorno. Qualora in cui questa sensibilità dovesse insorgere durante il trattamento domiciliare, Le consigliamo di interrompere il trattamento per uno o due giorni e di contattarci.

La sensibilità dovuta allo sbiancamento dentale può essere attenuata con l'applicazione topica di fluoro o di nitrato di potassio (che provvederemo a consegnarLe in caso di bisogno), utilizzando dentifrici desensibilizzanti ed evitando di assumere:

- cibi troppo caldi o troppo freddi;
- cibi o bevande ipertoniche (per esempio bibite molto zuccherate, integratori di sali minerali, ecc.);
- cibi o bevande eccessivamente acidi (bibite gassate, succhi di frutta, yogurt, ecc).

Può verificarsi anche una temporanea infiammazione delle gengive dovuta al contatto con l'agente sbiancante. La sensazione che si può provare è simile al bruciore e le zone interessate possono anche apparire biancastre. La cosa non deve assolutamente preoccupare, si risolverà spontaneamente in poche ore.

Un evento molto raro è il riassorbimento radicolare. In questo caso si può instaurare un progressivo riassorbimento della radice del dente sbiancato. Tale fenomeno è più frequente nei denti che hanno subito una terapia endodontica

(devitalizzazione) rispetto quelli ancora vitali. La comunità scientifica internazionale non è ancora giunta ad un parere unanime sui meccanismi e le cause di tale riassorbimento.

**SBIANCAMENTO**

<b>INIZIO</b>																
<b>Data</b>																
<b>Colore</b>	B1	A1	B2	D2	A2	C1	C2	D4	A3	D3	B3	A3,5	B4	C3	A4	C4

<b>TERMINE</b>																
<b>Data</b>																
<b>Colore</b>	B1	A1	B2	D2	A2	C1	C2	D4	A3	D3	B3	A3,5	B4	C3	A4	C4

**Istruzioni post-sbiancamento**

I giorni del trattamento ed i 15 giorni seguenti sono molto importanti per ottenere il massimo risultato in termini di resa cromatica. Durante questo periodo Le sconsigliamo di assumere cibi e bevande particolarmente colorati come per esempio:

- thè, caffè, etc;
- fumo (sigarette, pipa, etc), tabacco da masticare;
- bevande e bibite colorate come coca-cola, vino, cocktail, etc;
- salse e sughi;
- verdure come carciofi, carote, pomodori, etc;
- frutta e marmellate come fragole, frutti di bosco, etc;
- caramelle colorate, liquirizia, etc;
- collutori.

**Durata del risultato**

Gli effetti dello sbiancamento durano variamente e per un tempo limitato: tale durata è fortemente influenzata dalle Sue abitudini alimentari, dal mantenimento dell'igiene orale e dall'attenta esclusione di tutte le situazioni sopraindicate che possono favorire una precoce recidiva della colorazione più scura.

La Sua motivazione e collaborazione sono molto importanti per il mantenimento nel tempo del risultato ottenuto.

Il/la sottoscritto/a..... **ACCETTA** la possibilità che si verifichino complicanze prevedibili descritte avendo compreso che esse sono legate per la maggior parte 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 dello sbiancamento proposto
- 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.....