

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E  
SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO ORTODONTICO**

Gentile Paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti informativi relativi al trattamento ortodontico al quale lei / suo figlio si accinge a sottoporsi, già espressi oralmente in modo dettagliato nel corso della visita, al fine di raccogliere, anche in forma scritta, il suo consenso alla esecuzione delle terapie pianificate e preventivate, come previsto dalle normative vigenti.

PAZIENTE ..... CF: .....  
GENITORE..... CF: .....

**STUDIO DEL CASO – ANALISI ORTODONTICA**

Foto  Modelli  RX OPT  Tele A-P  Tele L-L  Tracciato cefalometrico  RX mano/polso

**DIAGNOSI ORTODONTICA STATICA E DINAMICA**

(al momento attuale, contestualizzata nel processo accrescitivo individuale con individuazione fattori negativi)

Classe dentale, overjet, overbite, linee mediane, crossbite

Fattori genetici-familiarità

Fattori dentali e /o traumatici

Frenuli

Alterazioni funzionali- Abitudini viziate

Tipologia facciale e profilo

Estetica viso e sorriso

**TRATTAMENTO ORTODONTICO PROPOSTO**

Obiettivi

Priorità

Esigenze/aspettative

Grado di complessità

**COLLABORAZIONE RICHIESTA PER PERSEGUIRE GLI  
OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO**

Obiettivi del trattamento ortodontico sono: raggiungere un buon allineamento dentale ed un corretto rapporto tra le arcate nel rispetto dei tessuti molli e della funzionalità stomatognatica (articolazione temporo-mandibolare, muscoli masticatori)

Per consentire il favorevole svolgimento della terapia il paziente deve impegnarsi a:

- ✓ Presentarsi agli appuntamenti prestabili con regolarità e puntualità
- ✓ Mantenere i denti ben puliti (effettuare una corretta igiene orale domiciliare e sottoporsi regolarmente alle sedute di igiene orale professionale)
- ✓ Portare gli apparecchi secondo i modi ed i tempi indicati seguendo attentamente le istruzioni date
- ✓ Comunicare tempestivamente eventuali variazioni nell'assetto dell'apparecchio (distacco di bande, di attacchi, ecc.)
- ✓ Seguire con scrupolo la fase di contenzione

## **RISCHI DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO**

Il trattamento ortodontico, come qualsiasi atto medico, presenta alcuni rischi che si possono verificare anche durante una terapia eseguita nel migliore dei modi.

- ✓ **La presenza stessa** dell'apparecchiatura può provocare, specialmente nelle fasi iniziali della terapia, disagi nella vita di relazione, con difficoltà soprattutto nel mangiare e nel parlare.
- ✓ **La pressione delle apparecchiature sulle guance e sulle labbra** può determinare, nei primi giorni di applicazione dell'apparecchiatura, fastidio più o meno intenso che scompare dopo la fase di adattamento.
- ✓ **Una sensazione dolorosa** di varia entità può presentarsi dopo 2-3 ore e per circa 2-3 giorni dopo ogni attivazione dell'apparecchiatura ortodontica.
- ✓ **Allergie** non note ai materiali utilizzati (resine, metalli, ecc.) possono costringere a modificazioni dei mezzi di cura sino alla interruzione del trattamento.
- ✓ **Il distacco o la rottura delle apparecchiature ortodontiche** devono essere subito comunicate al curante perché eventuali frammenti possono essere accidentalmente ingeriti o aspirati o ledere le gengive e le guance.
- ✓ **Carie, infiammazioni gengivali, decalcificazioni dei denti** possono verificarsi se gli alimenti consumati contengono zucchero in quantità eccessiva e/o non si provvede ad una accurata e continua pulizia. Gli apparecchi ortodontici di per sé non provocano carie ai denti, o infiammazioni gengivali, ma a causa della loro presenza si ha un maggiore accumulo di placca batterica per cui è fondamentale osservare una scrupolosa igiene orale.
- ✓ **L'accorciamento delle radici dei denti** si può verificare, in alcuni casi, durante il trattamento ortodontico. Di solito questo non comporta conseguenze, ma qualche volta può costituire un problema con perdita di vitalità e notevole riduzione della durata nel tempo del dente o dei denti interessati da questo accorciamento
- ✓ **La comparsa di dolori o rumori all'articolazione temporo-mandibolare** dovranno essere immediatamente comunicati all'ortodontista. Tali disturbi possono presentarsi durante il trattamento ortodontico come in qualsiasi altro momento della vita. L'insorgenza di un disordine temporomandibolare potrebbe richiedere sospensione del trattamento per consentire la gestione terapeutica del disturbo e potrà riprendere solamente dopo la stabilizzazione dello stesso
- ✓ **Disallineamento.** I denti possono presentare una tendenza a muoversi dopo l'allineamento ortodontico. L'uso scrupoloso dell'apparecchio di contenzione che le verrà consegnato a fine terapia diminuisce questo rischio. Vi possono essere, però, altre cause, al di fuori del controllo dell'ortodontista (deglutizione infantile, respirazione con la bocca, eruzione dei denti del giudizio, crescita scheletrica, abitudini viziate), che possono provocare cambiamenti anche profondi. Per queste ragioni la fase di contenzione è importante quanto quella della terapia attiva e deve durare il più a lungo possibile.
- ✓ **L'estrazione dei denti del giudizio** può rendersi necessaria, anche a distanza dalla fine del trattamento ortodontico, nel caso di mancanza di spazio per una corretta eruzione in arcata degli stessi.
- ✓ **Lesioni dello smalto dei denti** possono raramente verificarsi durante lo smontaggio delle apparecchiature fisse al termine del trattamento.

## **RISCHI IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO**

Non sottoporsi al trattamento ortodontico potrebbe determinare uno o più dei seguenti inconvenienti:

- a) aggravamento della malocclusione esistente;
- b) turbe della masticazione e della digestione;
- c) affezioni della mucosa orale (infiammazioni gengivali, periodontiti, ecc.);
- d) compromissione dell'estetica del viso;
- e) alterazioni a carico dell'articolazione temporo-mandibolare.

Nel suo caso:

.....  
.....  
.....

## **MODALITA' DI TRATTAMENTO**

Nel soggetto in crescita si utilizzano generalmente apparecchi fissi palatali e/o mobili per tentare di correggere difetti dentari e scheletrici.

Nel paziente adulto si usano preferibilmente apparecchiature fisse e per la correzione di difetti scheletrici si deve ricorrere alla chirurgia maxillo-facciale.

La presenza delle apparecchiature, in caso di traumi, può rappresentare elemento lesivo di per sé stessa per i tessuti circostanti.

Nel suo caso:

.....  
.....  
.....

**DURATA DEL TRATTAMENTO** Il trattamento nel suo caso avrà una durata di circa ...../..... anni

**FREQUENZA DEI CONTROLLI**

Le visite di controllo sono cadenzate ad intervallo di circa 1 mese (al massimo 2 mesi) una dall'altra.

Nel suo caso:

.....  
.....

**AL TERMINE DELLA TERAPIA ATTIVA** è programmato un periodo di “**contenzione**” con utilizzo di apparecchiature fisse o rimovibili per controllare i rapporti oclusali, ridurre il rischio di recidive, cioè della tendenza dei denti di riguadagnare la posizione precedente al trattamento, rischio variabile da persona a persona, in relazione allo stato dentale, osteomucoso, funzionale e parafunzionale ed in particolare alla posizione della lingua. Sviluppo e crescita potrebbero rappresentare elemento sfavorevole al mantenimento della posizione raggiunta e rendere necessario un ritrattamento.

Nel suo caso:

.....  
.....

Il trattamento potrebbe richiedere tempi più lunghi del previsto. Una crescita ossea in eccesso o in difetto, una ritardata eruzione dei denti permanenti, una scarsa igiene orale, il non portare per il numero di ore raccomandate gli eventuali dispositivi consegnati, la rottura degli apparecchi e i mancati appuntamenti, possono prolungare il trattamento sino a comprometterne il risultato.

Si raccomanda di seguire scrupolosamente le istruzioni date per l'uso delle apparecchiature ortodontiche in quanto un incauto utilizzo delle stesse può provocare anche gravi lesioni (viso, occhi, guance ecc.)

**Risulta pertanto di fondamentale importanza la collaborazione del paziente e dei familiari**

**Il sottoscritto.....dichiara di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia ortodontica cui verrà sottoposto, di aver avuto tutte le ulteriori informazioni richieste sul piano di trattamento proposto e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento o, al contrario, al non sottoporvisi.**

**Con la firma apposta di seguito fornisco il mio consenso alla esecuzione terapia ortodontica che mi è stata dettagliatamente illustrata e spiegata, all'esecuzione di tutti gli approfondimenti diagnostici/strumentali che saranno ritenuti necessari dal curante, alla messa in opera dei presidi terapeutici necessari al mio specifico caso.**

**DATA .....**

**FIRMA DEL PAZIENTE**

.....

**FIRMA DEI GENITORI**

(o di chi esercita la potestà genitoriale)

.....

.....

**FIRMA DEL MEDICO**

.....