

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO

DI TERAPIA CONSERVATIVA E ENDODONTICA

Possono talora presentarsi lesioni cariose, che se non individuate e curate precocemente, possono evolvere fino all'interessamento della polpa dentale e richiedere la devitalizzazione del dente. La comparsa di carie è generalmente dovuta ad una mancanza di igiene orale o a lunghe assenze del paziente dall'ambulatorio, che ne impediscano la precoce individuazione.

Diagnosi:

Descrizione dell'intervento:

rimozione con apposito strumentario della carie ed eventualmente del tessuto pulpare (devitalizzazione), con successiva ricostruzione del dente.

Nel caso specifico si rende necessario:

Benefici dell'intervento:

conservazione del dente ed eliminazione di infezione, infiammazione e dolore derivanti dalla patologia dentale.

Rischi dell'intervento:

sono relativi all'impiego di anestetico locale, alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici utilizzati, all'eventualità di ingestione accidentale di detti strumenti.

Complicazioni:

una volta effettuata l'otturazione, è possibile la permanenza per tempi più o meno lunghi di sensibilità termica o ad alcune sostanze; è possibile che ci sia una accentuazione dei sintomi tali da rendere necessaria la devitalizzazione dell'elemento. Una ricostruzione in materiale composito può nel tempo cambiare tonalità di colore. In caso di terapia canalare è possibile avvertire temporaneamente alcuni sintomi spiacevoli quali, ad esempio, dolore o sensazione di allungamento del dente. I denti devitalizzati possono risultare più fragili del normale ed assumere una colorazione più scura ed opaca. In alcuni casi è possibile sia necessario provvedere alla loro protesizzazione.

Possibili alternative:

Conferma di presa visione:

Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia

conservativa e/o endodontica indicata nel presente modulo, e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate dal Dr

Firma

Nome e Cognome del collaboratore del professionista medico/odontoiatra

Firma

Nome e Cognome del paziente

Firma

Nome e Cognome di chi esercita la potestà (in caso di minore e/o soggetto convizio di mente)

Firma

Nome e Cognome di un eventuale accompagnatore

Firma

Data

[Dichiaro di aver compreso la natura, gli scopi, i rischi del trattamento e gli impegni nel periodo successivo al trattamento come le visite di controllo, le regole di igiene, la necessità di ulteriori eventuali interventi, etc]

Nome e Cognome del paziente

Firma

Data