

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE ESTRAZIONI

DENTARIE

In alcune malocclusioni lo spazio disponibile nella arcata è inferiore allo spazio richiesto per allineare tutti i denti e non vi sono valide soluzioni alternative alle estrazioni per reperire spazio.

In questi casi si rende quindi necessario il sacrificio di uno o più elementi dentali al fine di reperire lo spazio per consentire un corretto allineamento nel rispetto dell'estetica del profilo del paziente.

Può rendersi altresì necessaria l'estrazione di uno o più elementi dentali in presenza di carie complicate destruenti, il cui recupero endodontico-protetico può comportare elevati costi in termini biologici ed economici.

Nel caso specifico si rende necessaria l'estrazione dei seguenti elementi dentali:

Le estrazioni consentiranno di condurre il trattamento con risultati più stabili, più soddisfacenti e in un minor arco di tempo.

Le possibili alternative al trattamento con estrazioni e gli svantaggi che tali soluzioni comportano sono le seguenti:

L'estrazione di un dente può eccezionalmente comportare dei rischi legati all'infiltrazione di anestetico, all'atto chirurgico e al decorso post chirurgico. In alcuni casi le estrazioni possono essere controindicate o devono essere affrontate con particolare cautela; è quindi necessario che il paziente riferisca in modo preciso sul proprio stato di salute, sulle sue abitudini e su eventuali farmaci assunti rispondendo a quanto viene richiesto dall'odontoiatra.

Nel particolare sono emersi i seguenti elementi di rischio:

L'uso dell'anestetico può eccezionalmente provocare delle reazioni allergiche, turbe dell'attività cardiaca, difetti di sensibilità anche a distanza. L'atto chirurgico dell'estrazione può determinare un sanguinamento per qualche ora, talora un modesto dolore, raramente una infezione dell'alveolo.

Per evitare tali inconvenienti devono essere seguite le indicazioni impartite dall'odontoiatra.

Dichiaro di aver ricevuto esaurienti informazioni dal Dr \ Dr.ssa

..... sulla necessità di ricorrere ad estrazioni nel corso del trattamento, di averne compreso le motivazioni, vantaggi e rischi connessi e do il mio assenso a che vengano eseguite.

Nome e Cognome del paziente

Firma

Nome e Cognome del collaboratore del professionista medico/odontoiatra

Firma

Nome e Cognome di chi esercita la potestà (in caso di minore e/o soggetto con vizio 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