

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO

DI CHIRURGIA PARODONTALE

Descrizione dell'intervento:

Apertura di un lembo di accesso, asportazione del tessuto granulomatoso e dei fattori irritativi locali.
Quando possibile, rigenerazione dei tessuti parodontali. Sutura.

Nel caso specifico:

Benefici dell'intervento:

miglioramento della stabilità dei denti e della loro prognosi (permanenza in bocca) e dell'eventuale appoggio protesico successivo.

Rischi dell'intervento:

sono relativi all'impiego inevitabile di anestetico locale, alla possibilità di insuccesso dell'intervento con permanenza della situazione originaria, o in rari casi peggioramento.

Nel caso specifico:

Complicazioni:

Dopo l'intervento è possibile avere aumento della mobilità e della sensibilità dei denti, dolore (controllabile farmacologicamente), infezione, infiammazione (con gonfiore ed ecchimosi nella guancia e nelle zone adiacenti la sede dell'intervento) o emorragia (facilmente controllabile). Tutte le complicazioni immediate ed a distanza vengono notevolmente ridotte attenendosi scrupolosamente alle indicazioni dell'odontoiatra ed attenendosi ai tempi consigliati per i controlli a distanza.

Indicazioni cui attenersi nel post-intervento:

Vedi Allegato

Possibili alternative nel caso specifico:

Altre informazioni richieste dal paziente: *(Specificare le eventuali domande o inserire la frase "Nessuna Domanda")*

Conferma di presa visione:

Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della chirurgia parodontale e rigenerativa 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 con vizio di mente)

Firma

Nome e Cognome di un eventuale accompagnatore

Firma

Data

Dichiarazioni di avvenuta informazione e consenso

[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