



DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI TERAPIA **CONSERVATIVA E ENDODONTICA**

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già esposti, e con Lei condivisi oralmente nel corso della visita in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal Codice Deontologico.

Diagnosi:

.....

Descrizione dell'intervento.

Rimozione con apposito strumentario del tessuto carioso della carie ed eventualmente del tessuto pulpare (devitalizzazione) con successiva ricostruzione del dente secondo criteri anatomici.

Nel Suo caso:

.....

Benefici dell'intervento.

Conservazione del dente ed eliminazione dell'infezione, infiammazione e dolore derivanti dalla patologia dentale.

Rischi dell'intervento.

Sono relativi all'impiego inevitabile di anestetico locale, con o senza vasocostrittore, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza; alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici; all'eventualità di ingestione accidentale di detti strumenti.

Materiali impiegati nel suo caso.

Otturazione provvisoria:

.....

Otturazione definitiva:

.....

Otturazione del canale radicolare:

.....

Perni endocanalari:

.....

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 un'accentuazione dei sintomi che rendano necessaria la devitalizzazione dell'elemento per evitare la diffusione dell'infezione cariosa.

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. In alcuni casi è possibile che sia necessario provvedere alla protesizzazione, alla resezione del suo apice (apicectomia) o all'estrazione dell'elemento dentario.



Possibili alternative.

.....

Altre informazioni richieste dal paziente (scrivere le eventuali domande o la frase "Nessuna Domanda").

.....

Io sottoscritto/a:

Signora / Signor

Nata/o a

Residente a

Telefono

In data

Indirizzo

e-mail

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

Luogo, data ed ora:

ore:

presenti:

Il Paziente

Il Medico

L'Assistente

.....
Firma del Paziente

.....
Firma del Medico

.....
Firma dell'Assistente