

CONSENSI INFORMATI ALLE CURE

Ambulatorio Odontoiatrico "AVORIO"

Copia per la consultazione in sala d'attesa

Rev. 02 del 1 settembre 2026

I CONSENSI INFORMATI

In questo fascicolo sono raccolte le informative e i moduli di consenso relativi alle prestazioni erogate dall'Ambulatorio.

Ogni informativa descrive in che cosa consiste il trattamento, quali risultati ci si può attendere, quali sono i rischi e le possibili complicanze e quali alternative esistono. La firma del consenso avviene sempre **dopo** il colloquio con il medico, che resta a disposizione per ogni chiarimento.

Le copie qui raccolte hanno valore puramente informativo e sono destinate alla sola consultazione: per questo, al posto dei dati del paziente, riportano l'indicazione di ciò che va compilato. I moduli da firmare vengono consegnati dalla segreteria oppure inviati in formato digitale prima dell'appuntamento.

La Carta dei Servizi dell'Ambulatorio è raccolta nel fascicolo separato "Carta dei Servizi Sanitari", disponibile in sala d'attesa accanto a questo.

MODULI RACCOLTI IN QUESTO FASCICOLO

- | | |
|----|---|
| 1 | Chirurgia |
| 2 | Chirurgia su minore |
| 3 | Conservativa |
| 4 | Conservativa su minore |
| 5 | Endodonzia |
| 6 | Endodonzia su minore |
| 7 | Esami radiologici |
| 8 | Esami radiologici su minore - entrambi i genitori |
| 9 | Esami radiologici su minore |
| 10 | Estrazione dente deciduo su minore |
| 11 | Estrazione e impianto osteointegrato stessa seduta |
| 12 | Estrazione impianto e protesi provvisoria stessa seduta |
| 13 | Estrazione ottavi |
| 14 | Estrazione ottavi su minore |
| 15 | Igiene orale |
| 16 | Igiene orale minori |

17 Implantologia

18 Ortodonzia

19 Ortodonzia su minore

20 Parodontologia

21 Privacy - gestione pazienti

22 Protesi fissa

23 Protesi mobile

24 Rimozione retainer (splintaggio) – liberatoria

25 Sbiancamento

26 Sedazione cosciente

27 Sedazione cosciente su minore



INFORMATIVA E CONSENSO PER CHIRURGIA ORALE

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

CHIRURGIA

Diagnosi: dente erotto o incluso con prognosi infausta ritenuto non mantenibile, oppure impianto infetto, danneggiato o con perdita di osteointegrazione. Elemento dentale giudicato non mantenibile per permettere un corretto riallineamento ortodontico (estrazione strategica).

Posizione: come da piano di cura

Informativa

A seguito di rischi di varia natura, gli elementi dentali possono essere esposti a fattori capaci di creare danni tali da portare alla necessità di rimozione. Gli impianti, nello specifico, sono vulnerabili dal punto di vista sia biomeccanico che biologico.

Obiettivi del trattamento

Eliminare infiammazioni ed infezioni, creare adeguato spazio per una corretta igiene o per correzioni ortodontiche.

Tipologia di intervento

Rimozione dell'elemento nella sua sede naturale (alveolo) o dell'impianto.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, isolamento del campo operatorio, eventuale incisione del tessuto gengivale, eventuale asportazione di osso alveolare, eventuale separazione del dente, rimozione, lavaggio dell'alveolo, eventuale riempimento con biomateriali ed eventuale sutura o spugna riassorbibile.

Benefici

Eliminazione del dolore, di infiammazioni, di infezioni o affollamento. Preservazione della salute dei tessuti limitrofi e del riallineamento dentale.

Rischi e complicanze

- Stiramento degli angoli della bocca
- Affaticamento delle articolazioni temporo-mandibolari
- Endocardite batterica
- Aumento della sensibilità dei denti adiacenti
- Infiammazioni, reazioni allergiche
- Sensibilità di labbro, lingua, guance
- Danno ai denti adiacenti
- Perforazione delle cavità sinusali
- Frattura dell'osso
- Lesione dei tessuti molli
- Lesioni vascolari con emorragie

- Inalazione o ingestione di frammenti
- Gonfiore, sanguinamento o infezioni post-operatorie
- Alveoliti con dolore

Materiali utilizzati

Per le suture vengono utilizzati: seta, acido polilattico, acido poliglicolico, politetrafluoroetilene, polipropilene, con diverse caratteristiche di riassorbibilità.

Alternative terapeutiche

Rimozione della sola corona dentale e sommersione della radice, dove possibile.

Limiti della terapia

Situazioni anatomiche complesse legate a forma e posizione delle radici e ai rapporti con strutture delicate come il nervo alveolare inferiore.

Prognosi in caso di mancato trattamento

La mancata estrazione può portare a gonfiori, dolori, infezioni, ascessi, perdita prematura di osso e di ulteriori denti, e compromettere la salute generale.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER CHIRURGIA ORALE - PAZIENTE MINORENNE

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

CHIRURGIA

Diagnosi: dente erotto o incluso con prognosi infausta ritenuto non mantenibile, oppure impianto infetto, danneggiato o con perdita di osteointegrazione. Elemento dentale giudicato non mantenibile per permettere un corretto riallineamento ortodontico (estrazione strategica).

Posizione: come da piano di cura

Informativa

A seguito di rischi di varia natura, gli elementi dentali possono essere esposti a fattori capaci di creare danni tali da portare alla necessità di rimozione. Gli impianti, nello specifico, sono vulnerabili dal punto di vista sia biomeccanico che biologico.

Obiettivi del trattamento

Eliminare infiammazioni ed infezioni, creare adeguato spazio per una corretta igiene o per correzioni ortodontiche.

Tipologia di intervento

Rimozione dell'elemento nella sua sede naturale (alveolo) o dell'impianto.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, isolamento del campo operatorio, eventuale incisione del tessuto gengivale, eventuale asportazione di osso alveolare, eventuale separazione del dente, rimozione, lavaggio dell'alveolo, eventuale riempimento con biomateriali ed eventuale sutura o spugna riassorbibile.

Benefici

Eliminazione del dolore, di infiammazioni, di infezioni o affollamento. Preservazione della salute dei tessuti limitrofi e del riallineamento dentale.

Rischi e complicanze

- Stiramento degli angoli della bocca
- Affaticamento delle articolazioni temporo-mandibolari
- Endocardite batterica
- Aumento della sensibilità dei denti adiacenti
- Infiammazioni, reazioni allergiche
- Sensibilità di labbro, lingua, guance
- Danno ai denti adiacenti
- Perforazione delle cavità sinusali
- Frattura dell'osso
- Lesione dei tessuti molli
- Lesioni vascolari con emorragie

- Inalazione o ingestione di frammenti
- Gonfiore, sanguinamento o infezioni post-operatorie
- Alveoliti con dolore

Materiali utilizzati

Per le suture vengono utilizzati: seta, acido polilattico, acido poliglicolico, politetrafluoroetilene, polipropilene, con diverse caratteristiche di riassorbibilità.

Alternative terapeutiche

Rimozione della sola corona dentale e sommersione della radice, dove possibile.

Limiti della terapia

Situazioni anatomiche complesse legate a forma e posizione delle radici e ai rapporti con strutture delicate come il nervo alveolare inferiore.

Prognosi in caso di mancato trattamento

La mancata estrazione può portare a gonfiori, dolori, infezioni, ascessi, perdita prematura di osso e di ulteriori denti, e compromettere la salute generale.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO DI ENTRAMBI I GENITORI PER PAZIENTE MINORENNE

Io sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE, in quanto GENITORE / TUTORE LEGALE del minore NOME E COGNOME PAZIENTE, dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma genitore:

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma genitore:

Timbro e firma operatore:

DA COMPILARE SE FIRMA UN SOLO GENITORE

DICHIARAZIONE DI CONSENSO E RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE

nato/a il, residente in

in qualità di genitore / tutore legale del minore, nato/a a
il, autorizza e si assume la responsabilità per le cure dentali del minore presso
STUDIO AVORIO AMBULATORIO ODONTOIATRICO.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che l'altro genitore, NOME E COGNOME DELL'ALTRO GENITORE, ha già espresso il proprio consenso alle cure, oppure autorizza espressamente la presente firma a rappresentare entrambi i genitori per le suddette cure.

Consapevole delle responsabilità che ne derivano e ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la presente scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori; firma la presente dichiarazione in forma libera e consapevole.

Resta inteso che, nei casi di urgenza o di prestazioni indifferibili necessarie a tutelare la salute del minore, il consenso del genitore presente è sufficiente, anche in assenza dell'altro genitore.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma del genitore:



INFORMATIVA E CONSENSO PER CONSERVATIVA

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

CONSERVATIVA

Diagnosi: lesioni cariose dello smalto e/o della dentina, fratture coronali, erosioni, abrasioni, usura dei tessuti dentali duri.

Posizione: come da piano di cura

Informativa

L'odontoiatria conservativa si occupa del trattamento delle lesioni dei tessuti duri del dente attraverso procedure minimamente invasive volte a preservare la maggior quantità possibile di tessuto dentale sano.

Obiettivi del trattamento

Arrestare il processo carioso, ripristinare anatomia, funzione ed estetica del dente, prevenire il progredire della patologia verso la polpa dentale.

Tipologia di intervento

Otturazione diretta con materiali estetici (resine composite) o tradizionali (amalgama), ricostruzioni adesive ed intarsi.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale se necessaria, isolamento del campo operatorio, rimozione del tessuto carioso, preparazione della cavità, applicazione di sistemi adesivi, inserimento e modellazione del materiale da restauro, finitura e lucidatura.

Benefici

Arresto del processo carioso, eliminazione del dolore, ripristino della funzione masticatoria, conservazione del tessuto dentale sano, ripristino dell'estetica, sigillatura dei margini per prevenire infiltrazioni batteriche.

Rischi e complicanze

- Sensibilità post-operatoria
- Infiltrazioni marginali
- Fratture del restauro o del dente
- Necessità di trattamento endodontico se la lesione cariosa era profonda
- Reazioni allergiche ai materiali utilizzati
- Insorgenza di nuove lesioni cariose ai margini del restauro

Materiali utilizzati

Resine composite fotopolimerizzabili, sistemi adesivi, amalgama dentale, cementi medicati, isolanti pulpari.

Alternative terapeutiche

Corone protesiche, intarsi, in casi estremi estrazione e sostituzione con impianto.

Limiti della terapia

Estensione della lesione cariosa avanzata, compromissione della vitalità pulpare, tessuto dentale residuo insufficiente.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Progressione della carie verso la polpa, necessità di trattamento endodontico, dolore, ascesso, perdita del dente.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER CONSERVATIVA - PAZIENTE MINORENNE

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

CONSERVATIVA

Diagnosi: lesioni cariose dello smalto e/o della dentina, fratture coronali, erosioni, abrasioni, usura dei tessuti dentali duri.

Posizione: come da piano di cura

Informativa

L'odontoiatria conservativa si occupa del trattamento delle lesioni dei tessuti duri del dente attraverso procedure minimamente invasive volte a preservare la maggior quantità possibile di tessuto dentale sano.

Obiettivi del trattamento

Arrestare il processo carioso, ripristinare anatomia, funzione ed estetica del dente, prevenire il progredire della patologia verso la polpa dentale.

Tipologia di intervento

Otturazione diretta con materiali estetici (resine composite) o tradizionali (amalgama), ricostruzioni adesive ed intarsi.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale se necessaria, isolamento del campo operatorio, rimozione del tessuto carioso, preparazione della cavità, applicazione di sistemi adesivi, inserimento e modellazione del materiale da restauro, finitura e lucidatura.

Benefici

Arresto del processo carioso, eliminazione del dolore, ripristino della funzione masticatoria, conservazione del tessuto dentale sano, ripristino dell'estetica, sigillatura dei margini per prevenire infiltrazioni batteriche.

Rischi e complicanze

- Sensibilità post-operatoria
- Infiltrazioni marginali
- Fratture del restauro o del dente
- Necessità di trattamento endodontico se la lesione cariosa era profonda
- Reazioni allergiche ai materiali utilizzati
- Insorgenza di nuove lesioni cariose ai margini del restauro

Materiali utilizzati

Resine composite fotopolimerizzabili, sistemi adesivi, amalgama dentale, cementi medicati, isolanti pulpari.

Alternative terapeutiche

Corone protesiche, intarsi, in casi estremi estrazione e sostituzione con impianto.

Limiti della terapia

Estensione della lesione cariosa avanzata, compromissione della vitalità pulpare, tessuto dentale residuo insufficiente.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Progressione della carie verso la polpa, necessità di trattamento endodontico, dolore, ascesso, perdita del dente.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE, in quanto GENITORE / TUTORE LEGALE del minore NOME E COGNOME PAZIENTE, dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma genitore firmatario: _____

Firma operatore: _____

DA COMPILARE SE FIRMA UN SOLO GENITORE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Il/La sottoscritto/a, in qualità di genitore / tutore legale del minore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori, e che l'altro genitore ha già espresso il proprio consenso alle cure ovvero autorizza espressamente la presente firma a rappresentare entrambi i genitori.

Resta inteso che, nei casi di urgenza o di prestazioni indifferibili necessarie a tutelare la salute del minore, il consenso del genitore presente è sufficiente, anche in assenza dell'altro genitore.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma del genitore:



INFORMATIVA E CONSENSO PER ENDODONZIA

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

ENDODONZIA

Diagnosi: patologia pulpare e/o periapicale di origine batterica, traumatica o iatrogena che richiede il trattamento della cavità interna del dente.

Posizione: come da piano di cura presentato

Informativa

Il trattamento endodontico consiste nella rimozione del tessuto pulpare infetto o necrotico, nella detersione e disinfezione del sistema dei canali radicolari e nel loro riempimento tridimensionale con materiali biocompatibili.

Obiettivi del trattamento

Eliminare l'infezione batterica e preservare il dente evitando l'estrazione; ripristinare la funzione masticatoria ed estetica.

Tipologia di intervento

Trattamento canale endodontico o ritrattamento endodontico con tecniche manuali e/o strumenti rotanti.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, isolamento del campo operatorio, accesso alla camera pulpare, localizzazione degli orifizi canalari, sagomatura e detersione dei canali radicolari, otturazione tridimensionale e ricostruzione coronale.

Benefici

Preservazione del dente naturale, eliminazione di dolore e infezione, mantenimento della funzione masticatoria, dell'estetica e dell'armonia dell'arcata dentaria.

Rischi e complicanze

- Persistenza o recidiva dell'infezione
- Frattura di strumenti endodontici nei canali
- Perforazione delle pareti radicolari
- Alterazione cromatica del dente
- Necessità di ritrattamento o chirurgia endodontica
- Impossibilità di salvare il dente con necessità di estrazione

Materiali utilizzati

Guttaperca, cementi canalari biocompatibili, materiali per la ricostruzione coronale (compositi, amalgama).

Alternative terapeutiche

Estrazione del dente e sostituzione con impianto dentale o protesi mobile.

Limiti della terapia

Anatomia canalare complessa, calcificazione, riassorbimenti radicolari, fratture radicolari.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Progressione dell'infezione, dolore, ascesso, perdita del dente, possibile diffusione dell'infezione ai tessuti circostanti.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER ENDODONZIA - PAZIENTE MINORENNE

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

ENDODONZIA

Diagnosi: patologia pulpare e/o periapicale di origine batterica, traumatica o iatrogena che richiede il trattamento della cavità interna del dente.

Posizione: come da piano di cura presentato

Informativa

Il trattamento endodontico consiste nella rimozione del tessuto pulpare infetto o necrotico, nella detersione e disinfezione del sistema dei canali radicolari e nel loro riempimento tridimensionale con materiali biocompatibili.

Obiettivi del trattamento

Eliminare l'infezione batterica e preservare il dente evitando l'estrazione; ripristinare la funzione masticatoria ed estetica.

Tipologia di intervento

Trattamento canale endodontico o ritrattamento endodontico con tecniche manuali e/o strumenti rotanti.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, isolamento del campo operatorio, accesso alla camera pulpare, localizzazione degli orifizi canalari, sagomatura e detersione dei canali radicolari, otturazione tridimensionale e ricostruzione coronale.

Benefici

Preservazione del dente naturale, eliminazione di dolore e infezione, mantenimento della funzione masticatoria, dell'estetica e dell'armonia dell'arcata dentaria.

Rischi e complicanze

- Persistenza o recidiva dell'infezione
- Frattura di strumenti endodontici nei canali
- Perforazione delle pareti radicolari
- Alterazione cromatica del dente
- Necessità di ritrattamento o chirurgia endodontica
- Impossibilità di salvare il dente con necessità di estrazione

Materiali utilizzati

Guttaperca, cementi canalari biocompatibili, materiali per la ricostruzione coronale (compositi, amalgama).

Alternative terapeutiche

Estrazione del dente e sostituzione con impianto dentale o protesi mobile.

Limiti della terapia

Anatomia canalare complessa, calcificazione, riassorbimenti radicolari, fratture radicolari.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Progressione dell'infezione, dolore, ascesso, perdita del dente, possibile diffusione dell'infezione ai tessuti circostanti.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE, in quanto GENITORE / TUTORE LEGALE del minore NOME E COGNOME PAZIENTE, dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma genitore firmatario: _____

Firma operatore: _____

DA COMPILARE SE FIRMA UN SOLO GENITORE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Il/La sottoscritto/a, in qualità di genitore / tutore legale del minore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori, e che l'altro genitore ha già espresso il proprio consenso alle cure ovvero autorizza espressamente la presente firma a rappresentare entrambi i genitori.

Resta inteso che, nei casi di urgenza o di prestazioni indifferibili necessarie a tutelare la salute del minore, il consenso del genitore presente è sufficiente, anche in assenza dell'altro genitore.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma del genitore:



INFORMATIVA E CONSENSO PER ESAMI RADIOLOGICI

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

RADIOLOGIA

Indicazione all'esame: Approfondimento diagnostico

Posizione

Generale, specifica su elemento come da piano di cura presentato, a settori

Informativa

L'esecuzione dell'esame cui La invitiamo a sottoporsi ha le caratteristiche di complementarità con la pratica primaria odontoiatrica svolta nel nostro Studio per cui la legge non richiede la figura dello specialista in radiologia.

In particolare, le caratteristiche di contestualità, integrazione e indilazionabilità sono da ricondurre alla procedura specialistica odontoiatrica oggi in corso, la quale non sarebbe espletabile senza l'esecuzione dell'esame, in quanto di natura diagnostica e finalizzata alla pianificazione di un corretto trattamento.

Obiettivi del trattamento

L'esame radiologico consentirà di completare l'iter diagnostico con tutte le informazioni necessarie a ridurre al minimo la possibilità di errori.

L'utilizzo di sistemi di diagnosi alternativi, a dose minore, non consente la medesima qualità di immagine e presenta il rischio di errori di prospettiva e deformazioni geometriche ineliminabili.

Tipologia di intervento

- Radiografia periapicale: tecnica radiologica intraorale che consente di visualizzare l'intera struttura del dente (dalla corona alla radice) e l'osso circostante.
- Radiografia bite wing: tecnica radiologica intraorale che evidenzia in modo particolare le corone dei denti posteriori e l'area in cui i denti superiori e inferiori si toccano. Utile per rilevare carie interdentali.
- Teleradiografia: tecnica radiologica che consente di avere una visione d'insieme del cranio con possibilità di tracciato cefalometrico.
- TAC (3D): tecnica di imaging avanzata che permette di ottenere immagini tridimensionali avanzate delle strutture anatomiche. Questa tecnologia offre una visualizzazione volumetrica precisa delle ossa, dei denti e dei tessuti molli circostanti.
- Ortopantomografia: tecnica radiologica extraorale che fornisce una visione bidimensionale dell'intera arcata dentaria, delle ossa mandibolari e mascellari, delle articolazioni temporo-mandibolari e delle strutture anatomiche circostanti, come i seni paranasali e parte delle vie aeree superiori.

Descrizione dell'intervento

Il trattamento è effettuato sotto la responsabilità del medico odontoiatra, il quale valuta con attenzione i parametri di erogazione scegliendo i valori più bassi compatibili con le necessità

diagnostiche. Prima dell'acquisizione delle immagini, se necessario, verrà chiesto al paziente di rimuovere orecchini o oggetti metallici per evitare interferenze nell'acquisizione delle immagini. Al paziente viene fatto indossare un camice piombato di protezione.

Radiografia periapicale e Bite Wing: questo tipo di radiografia è eseguito posizionando una piccola pellicola all'interno della bocca del paziente, il più vicino possibile ai denti da esaminare. L'apparecchio radiografico viene azionato dall'esterno per catturare l'immagine. Il paziente deve mantenere una posizione immobile mentre viene acquisita l'immagine radiografica. La durata complessiva è breve, dai 5 ai 10 minuti: il tempo necessario per eseguire l'esposizione e, nel caso di immagini digitali, scaricarle e visualizzare i risultati.

Teleradiografia: questo tipo di radiografia viene eseguita utilizzando un macchinario, il teleradiografo. Il paziente viene posizionato in piedi all'interno dell'apparecchio e viene guidato a mantenere una posizione con lo sguardo dritto davanti, denti stretti e labbra morbide. In pochi minuti, raggiunta la posizione corretta, l'apparecchio cattura l'immagine. In base alla posizione l'acquisizione può essere: latero-laterale, postero-anteriore, antero-posteriore, assiale.

Ortopantomografia (2D) e TAC (3D): questo tipo di radiografia viene eseguita utilizzando un macchinario, l'ortopantomografo. Il paziente viene posizionato all'interno dell'apparecchio e viene guidato a mantenere una posizione con lo sguardo dritto avanti e deve posizionare gli incisivi su un supporto. Il macchinario inizia a ruotare attorno alla testa del paziente. L'esame dura pochi minuti.

Benefici

L'esecuzione delle radiografie ha come scopo quello di fornire le informazioni necessarie a rispondere al quesito diagnostico. Esami radiologici 2D e 3D consentono una accurata lettura dell'anatomia indagata, permettendo di rilevare misure precise e identificare eventuali patologie presenti.

Rischi e benefici

Il rapporto tra rischi e benefici è valutato sufficientemente basso da giustificare l'esame. L'esame comporta una dose di radiazioni assimilabile a comportamenti normali della vita quotidiana:

- Radiografia endorale: 0,001/0,008 mSv
- Ortopantomografia: 0,004/0,003 mSv
- Teleradiografia: 0,002/0,004 mSv
- TAC (3D): 0,0012/0,65 mSv

Durata presumibile del trattamento

In genere, l'esame dura pochi secondi o minuti a seconda delle specifiche circostanze.

Limiti della terapia

Alcune lesioni in stadio iniziale possono non essere rilevate o essere nascoste da strutture anatomiche. Possibili artefatti di varia natura.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Lesioni non visibili con altri mezzi possono peggiorare complicando il quadro clinico.

Per le donne in età fertile e in stato di gravidanza presunta o accertata:

Tutte le esposizioni radiografiche effettuate in ambito odontoiatrico comportano una dose al feto o all'embrione trascurabile; tuttavia, al fine di poter analizzare con particolare attenzione il bilancio costi/benefici per la paziente, è cruciale comunicare al personale sanitario l'eventuale stato di gravidanza, certa o presunta, prima di ogni indagine radiologica.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER ESAMI RADIOLOGICI - PAZIENTE MINORENNE (FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI)

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

RADIOLOGIA

Indicazione all'esame: Approfondimento diagnostico

Posizione

Generale, specifica su elemento come da piano di cura presentato, a settori

Informativa

L'esecuzione dell'esame cui La invitiamo a sottoporsi ha le caratteristiche di complementarità con la pratica primaria odontoiatrica svolta nel nostro Studio per cui la legge non richiede la figura dello specialista in radiologia.

In particolare, le caratteristiche di contestualità, integrazione e indilazionabilità sono da ricondurre alla procedura specialistica odontoiatrica oggi in corso, la quale non sarebbe espletabile senza l'esecuzione dell'esame, in quanto di natura diagnostica e finalizzata alla pianificazione di un corretto trattamento.

Obiettivi del trattamento

L'esame radiologico consentirà di completare l'iter diagnostico con tutte le informazioni necessarie a ridurre al minimo la possibilità di errori.

L'utilizzo di sistemi di diagnosi alternativi, a dose minore, non consente la medesima qualità di immagine e presenta il rischio di errori di prospettiva e deformazioni geometriche ineliminabili.

Tipologia di intervento

- Radiografia periapicale: tecnica radiologica intraorale che consente di visualizzare l'intera struttura del dente (dalla corona alla radice) e l'osso circostante.
- Radiografia bite wing: tecnica radiologica intraorale che evidenzia in modo particolare le corone dei denti posteriori e l'area in cui i denti superiori e inferiori si toccano. Utile per rilevare carie interdentali.
- Teleradiografia: tecnica radiologica che consente di avere una visione d'insieme del cranio con possibilità di tracciato cefalometrico.
- TAC (3D): tecnica di imaging avanzata che permette di ottenere immagini tridimensionali avanzate delle strutture anatomiche. Questa tecnologia offre una visualizzazione volumetrica precisa delle ossa, dei denti e dei tessuti molli circostanti.
- Ortopantomografia: tecnica radiologica extraorale che fornisce una visione bidimensionale dell'intera arcata dentaria, delle ossa mandibolari e mascellari, delle articolazioni temporo-mandibolari e delle strutture anatomiche circostanti, come i seni paranasali e parte delle vie aeree superiori.

Descrizione dell'intervento

Il trattamento è effettuato sotto la responsabilità del medico odontoiatra, il quale valuta con attenzione i parametri di erogazione scegliendo i valori più bassi compatibili con le necessità

diagnostiche. Prima dell'acquisizione delle immagini, se necessario, verrà chiesto al paziente di rimuovere orecchini o oggetti metallici per evitare interferenze nell'acquisizione delle immagini. Al paziente viene fatto indossare un camice piombato di protezione.

Radiografia periapicale e Bite Wing: questo tipo di radiografia è eseguito posizionando una piccola pellicola all'interno della bocca del paziente, il più vicino possibile ai denti da esaminare. L'apparecchio radiografico viene azionato dall'esterno per catturare l'immagine. Il paziente deve mantenere una posizione immobile mentre viene acquisita l'immagine radiografica. La durata complessiva è breve, dai 5 ai 10 minuti: il tempo necessario per eseguire l'esposizione e, nel caso di immagini digitali, scaricarle e visualizzare i risultati.

Teleradiografia: questo tipo di radiografia viene eseguita utilizzando un macchinario, il teleradiografo. Il paziente viene posizionato in piedi all'interno dell'apparecchio e viene guidato a mantenere una posizione con lo sguardo dritto davanti, denti stretti e labbra morbide. In pochi minuti, raggiunta la posizione corretta, l'apparecchio cattura l'immagine. In base alla posizione l'acquisizione può essere: latero-laterale, postero-anteriore, antero-posteriore, assiale.

Ortopantomografia (2D) e TAC (3D): questo tipo di radiografia viene eseguita utilizzando un macchinario, l'ortopantomografo. Il paziente viene posizionato all'interno dell'apparecchio e viene guidato a mantenere una posizione con lo sguardo dritto avanti e deve posizionare gli incisivi su un supporto. Il macchinario inizia a ruotare attorno alla testa del paziente. L'esame dura pochi minuti.

Benefici

L'esecuzione delle radiografie ha come scopo quello di fornire le informazioni necessarie a rispondere al quesito diagnostico. Esami radiologici 2D e 3D consentono una accurata lettura dell'anatomia indagata, permettendo di rilevare misure precise e identificare eventuali patologie presenti.

Rischi e benefici

Il rapporto tra rischi e benefici è valutato sufficientemente basso da giustificare l'esame. L'esame comporta una dose di radiazioni assimilabile a comportamenti normali della vita quotidiana:

- Radiografia endorale: 0,001/0,008 mSv
- Ortopantomografia: 0,004/0,003 mSv
- Teleradiografia: 0,002/0,004 mSv
- TAC (3D): 0,0012/0,65 mSv

Durata presumibile del trattamento

In genere, l'esame dura pochi secondi o minuti a seconda delle specifiche circostanze.

Limiti della terapia

Alcune lesioni in stadio iniziale possono non essere rilevate o essere nascoste da strutture anatomiche. Possibili artefatti di varia natura.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Lesioni non visibili con altri mezzi possono peggiorare complicando il quadro clinico.

Per le donne in età fertile e in stato di gravidanza presunta o accertata:

Tutte le esposizioni radiografiche effettuate in ambito odontoiatrico comportano una dose al feto o all'embrione trascurabile; tuttavia, al fine di poter analizzare con particolare attenzione il bilancio costi/benefici per la paziente, è cruciale comunicare al personale sanitario l'eventuale stato di gravidanza, certa o presunta, prima di ogni indagine radiologica.

SEZIONE CONSENSO DI ENTRAMBI I GENITORI PER PAZIENTE MINORENNE

Io sottoscritto/a, in quanto GENITORE / TUTORE LEGALE del minore, dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano,

Firma genitore:

Io sottoscritto/a dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Albarè di Costermano,

Firma genitore:

Timbro e firma operatore:

DA COMPILARE SE FIRMA UN SOLO GENITORE**DICHIARAZIONE DI CONSENSO E RESPONSABILITÀ**

Il sottoscritto/a

nato/a il, residente in

in qualità di genitore / tutore legale del minore, nato/a a
il, autorizza e si assume la responsabilità per le cure dentali del minore presso
STUDIO AVORIO AMBULATORIO ODONTOIATRICO.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che l'altro genitore,,
ha già espresso il proprio consenso alle cure, oppure autorizza espressamente la presente
firma a rappresentare entrambi i genitori per le suddette cure.

Consapevole delle responsabilità che ne derivano e ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di
effettuare la presente scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale

di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori; firma la presente dichiarazione in forma libera e consapevole.

Resta inteso che, nei casi di urgenza o di prestazioni indifferibili necessarie a tutelare la salute del minore, il consenso del genitore presente è sufficiente, anche in assenza dell'altro genitore.

Albarè di Costermano,

Firma del genitore:



INFORMATIVA E CONSENSO PER ESAMI RADIOLOGICI - PAZIENTE MINORENNE

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

RADIOLOGIA

Indicazione all'esame: Approfondimento diagnostico

Posizione

Generale, specifica su elemento come da piano di cura presentato, a settori

Informativa

L'esecuzione dell'esame cui La invitiamo a sottoporsi ha le caratteristiche di complementarità con la pratica primaria odontoiatrica svolta nel nostro Studio per cui la legge non richiede la figura dello specialista in radiologia.

In particolare, le caratteristiche di contestualità, integrazione e indilazionabilità sono da ricondurre alla procedura specialistica odontoiatrica oggi in corso, la quale non sarebbe espletabile senza l'esecuzione dell'esame, in quanto di natura diagnostica e finalizzata alla pianificazione di un corretto trattamento.

Obiettivi del trattamento

L'esame radiologico consentirà di completare l'iter diagnostico con tutte le informazioni necessarie a ridurre al minimo la possibilità di errori.

L'utilizzo di sistemi di diagnosi alternativi, a dose minore, non consente la medesima qualità di immagine e presenta il rischio di errori di prospettiva e deformazioni geometriche ineliminabili.

Tipologia di intervento

- Radiografia periapicale: tecnica radiologica intraorale che consente di visualizzare l'intera struttura del dente (dalla corona alla radice) e l'osso circostante.
- Radiografia bite wing: tecnica radiologica intraorale che evidenzia in modo particolare le corone dei denti posteriori e l'area in cui i denti superiori e inferiori si toccano. Utile per rilevare carie interdentali.
- Teleradiografia: tecnica radiologica che consente di avere una visione d'insieme del cranio con possibilità di tracciato cefalometrico.
- TAC (3D): tecnica di imaging avanzata che permette di ottenere immagini tridimensionali avanzate delle strutture anatomiche. Questa tecnologia offre una visualizzazione volumetrica precisa delle ossa, dei denti e dei tessuti molli circostanti.
- Ortopantomografia: tecnica radiologica extraorale che fornisce una visione bidimensionale dell'intera arcata dentaria, delle ossa mandibolari e mascellari, delle articolazioni temporo-mandibolari e delle strutture anatomiche circostanti, come i seni paranasali e parte delle vie aeree superiori.

Descrizione dell'intervento

Il trattamento è effettuato sotto la responsabilità del medico odontoiatra, il quale valuta con attenzione i parametri di erogazione scegliendo i valori più bassi compatibili con le necessità

diagnostiche. Prima dell'acquisizione delle immagini, se necessario, verrà chiesto al paziente di rimuovere orecchini o oggetti metallici per evitare interferenze nell'acquisizione delle immagini. Al paziente viene fatto indossare un camice piombato di protezione.

Radiografia periapicale e Bite Wing: questo tipo di radiografia è eseguito posizionando una piccola pellicola all'interno della bocca del paziente, il più vicino possibile ai denti da esaminare. L'apparecchio radiografico viene azionato dall'esterno per catturare l'immagine. Il paziente deve mantenere una posizione immobile mentre viene acquisita l'immagine radiografica. La durata complessiva è breve, dai 5 ai 10 minuti: il tempo necessario per eseguire l'esposizione e, nel caso di immagini digitali, scaricarle e visualizzare i risultati.

Teleradiografia: questo tipo di radiografia viene eseguita utilizzando un macchinario, il teleradiografo. Il paziente viene posizionato in piedi all'interno dell'apparecchio e viene guidato a mantenere una posizione con lo sguardo dritto davanti, denti stretti e labbra morbide. In pochi minuti, raggiunta la posizione corretta, l'apparecchio cattura l'immagine. In base alla posizione l'acquisizione può essere: latero-laterale, postero-anteriore, antero-posteriore, assiale.

Ortopantomografia (2D) e TAC (3D): questo tipo di radiografia viene eseguita utilizzando un macchinario, l'ortopantomografo. Il paziente viene posizionato all'interno dell'apparecchio e viene guidato a mantenere una posizione con lo sguardo dritto avanti e deve posizionare gli incisivi su un supporto. Il macchinario inizia a ruotare attorno alla testa del paziente. L'esame dura pochi minuti.

Benefici

L'esecuzione delle radiografie ha come scopo quello di fornire le informazioni necessarie a rispondere al quesito diagnostico. Esami radiologici 2D e 3D consentono una accurata lettura dell'anatomia indagata, permettendo di rilevare misure precise e identificare eventuali patologie presenti.

Rischi e benefici

Il rapporto tra rischi e benefici è valutato sufficientemente basso da giustificare l'esame. L'esame comporta una dose di radiazioni assimilabile a comportamenti normali della vita quotidiana:

- Radiografia endorale: 0,001/0,008 mSv
- Ortopantomografia: 0,004/0,003 mSv
- Teleradiografia: 0,002/0,004 mSv
- TAC (3D): 0,0012/0,65 mSv

Durata presumibile del trattamento

In genere, l'esame dura pochi secondi o minuti a seconda delle specifiche circostanze.

Limiti della terapia

Alcune lesioni in stadio iniziale possono non essere rilevate o essere nascoste da strutture anatomiche. Possibili artefatti di varia natura.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Lesioni non visibili con altri mezzi possono peggiorare complicando il quadro clinico.

Per le donne in età fertile e in stato di gravidanza presunta o accertata:

Tutte le esposizioni radiografiche effettuate in ambito odontoiatrico comportano una dose al feto o all'embrione trascurabile; tuttavia, al fine di poter analizzare con particolare attenzione il bilancio costi/benefici per la paziente, è cruciale comunicare al personale sanitario l'eventuale stato di gravidanza, certa o presunta, prima di ogni indagine radiologica.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE, in quanto GENITORE / TUTORE LEGALE del minore NOME E COGNOME PAZIENTE, dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma genitore firmatario: _____

Firma operatore: _____

DA COMPILARE SE FIRMA UN SOLO GENITORE**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ GENITORIALE**

Il/La sottoscritto/a, in qualità di genitore / tutore legale del minore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori, e che l'altro genitore ha già espresso il proprio consenso alle cure ovvero autorizza espressamente la presente firma a rappresentare entrambi i genitori.

Resta inteso che, nei casi di urgenza o di prestazioni indifferibili necessarie a tutelare la salute del minore, il consenso del genitore presente è sufficiente, anche in assenza dell'altro genitore.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma del genitore:



INFORMATIVA E CONSENSO PER ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO - PAZIENTE MINORENNE

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO (DENTE DA LATTE)

Diagnosi: dente deciduo (da latte) cariato in modo non recuperabile, con ascesso o fistola, eccessivamente mobile, oppure che ostacola la corretta eruzione del dente permanente, per il quale è indicata l'estrazione.

Posizione: come da piano di cura

Informativa

L'estrazione del dente deciduo è una procedura semplice e di routine che consiste nella rimozione di un dente da latte non più recuperabile o non più utile alla corretta permuta dei denti.

Obiettivi del trattamento

Eliminare dolore e infezione, favorire la corretta eruzione del dente permanente e mantenere la salute del cavo orale del bambino.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, di norma preceduta da anestesia di superficie (gel) per rendere indolore la puntura, lussazione e rimozione del dente con appositi strumenti, eventuale compressione con garza. Solo raramente è necessaria una piccola sutura.

Benefici

Eliminazione di dolore e infezione, prevenzione di complicanze a carico del dente permanente sottostante e favorimento della corretta permuta ed eruzione.

Rischi e complicanze

- Sanguinamento post-estrattivo di lieve entità
- Gonfiore o dolore transitori
- Possibile frattura di una radice con permanenza di un piccolo residuo, che spesso viene riassorbito o eliminato spontaneamente
- Lesione dei tessuti duri o molli
- Lesioni nervose e vascolari
- Lesioni a carico di elementi dentari adiacenti, decidui o permanenti (compreso il germe del dente permanente sottostante)
- Infezione dell'alveolo (rara)
- Reazione all'anestetico locale
- Lesione temporanea dei tessuti molli per morsicatura accidentale di labbro o guancia ancora anestetizzati

Alternative terapeutiche

Ove possibile, mantenimento del dente con altre cure o attesa della naturale permuta, quando compatibile con la salute del bambino; oppure nessun trattamento.

Prognosi in caso di mancato trattamento

La mancata estrazione può causare persistenza di dolore e infezione, ascessi, possibile danno al germe del dente permanente e alterazioni della permuta e dell'eruzione.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE, in quanto GENITORE / TUTORE LEGALE del minore NOME E COGNOME PAZIENTE, dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma genitore firmatario: _____

Firma operatore: _____

DA COMPILARE SE FIRMA UN SOLO GENITORE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Il/La sottoscritto/a, in qualità di genitore / tutore legale del minore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori, e che l'altro genitore ha già espresso il proprio consenso alle cure ovvero autorizza espressamente la presente firma a rappresentare entrambi i genitori.

Resta inteso che, nei casi di urgenza o di prestazioni indifferibili necessarie a tutelare la salute del minore, il consenso del genitore presente è sufficiente, anche in assenza dell'altro genitore.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma del genitore:



INFORMATIVA E CONSENSO PER ESTRAZIONE E IMPIANTO OSTEOINTEGRATO NELLA STESSA SEDUTA

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

ESTRAZIONE E IMPIANTO OSTEOINTEGRATO NELLA STESSA SEDUTA

Diagnosi: Presenza di uno o più elementi dentali non recuperabili che devono essere estratti e sostituiti, nella stessa seduta, con impianti osteointegrati (implantologia post-estrattiva immediata).

Posizione: come da piano di cura

Informativa

La procedura prevede l'estrazione dell'elemento dentale compromesso e, nella stessa seduta, l'inserimento di un impianto in titanio nell'alveolo post-estrattivo, con l'obiettivo di ridurre i tempi di trattamento e il numero di interventi.

Obiettivi del trattamento

Sostituire l'elemento non recuperabile riducendo il numero di interventi chirurgici e i tempi complessivi, preservare l'osso e i tessuti e ripristinare masticazione, estetica e fonazione con una soluzione fissa.

Tipologia di intervento

Estrazione atraumatica, eventuale bonifica dell'alveolo, inserimento dell'impianto nella stessa seduta e, quando indicato, rigenerazione ossea per colmare lo spazio tra impianto e pareti alveolari.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, estrazione atraumatica dell'elemento, detersione e curettage dell'alveolo, preparazione del sito implantare, inserimento dell'impianto con adeguata stabilità primaria, eventuale innesto osseo e membrana, sutura, periodo di osteointegrazione e successiva protesizzazione.

Benefici

Riduzione del numero di interventi e dei tempi complessivi, migliore conservazione dell'osso e dei tessuti molli, minor disagio complessivo per il paziente e soluzione fissa e stabile.

Rischi e complicanze

- Fallimento dell'osteointegrazione
- Insufficiente stabilità primaria, che può impedire l'inserimento immediato dell'impianto
- Infezioni post-operatorie
- Sanguinamento eccessivo
- Danno a strutture anatomiche (nervi, seni mascellari)
- Lesione dei tessuti duri o molli
- Lesioni a carico di elementi dentali adiacenti
- Deiscenza della ferita ed esposizione dell'innesto o dell'impianto
- Perimplantite (infezione dei tessuti attorno all'impianto)

- Recessione dei tessuti molli e insuccesso estetico
- Parestesie (alterazioni della sensibilità)
- Aperture sinusali

Materiali utilizzati

Impianti in titanio medicale, biomateriali per innesto osseo (autologhi o eterologhi), membrane riassorbibili e materiali per sutura.

Alternative terapeutiche

Estrazione con inserimento differito dell'impianto (a guarigione avvenuta), protesi fissa tradizionale (ponte), protesi mobile, oppure nessun trattamento.

Limiti della terapia

Richiede sufficiente quantità e qualità di osso residuo e assenza di infezioni acute; non sempre è possibile inserire l'impianto nella stessa seduta e la decisione finale può essere presa solo durante l'intervento.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Progressivo riassorbimento dell'osso alveolare dopo l'estrazione, spostamento dei denti adiacenti, compromissione della masticazione e problemi articolari.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER ESTRAZIONE, IMPIANTO E PROTESI PROVVISORIA NELLA STESSA SEDUTA

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

ESTRAZIONE, IMPIANTO E PROTESI PROVVISORIA NELLA STESSA SEDUTA

Diagnosi: Presenza di uno o più elementi dentali non recuperabili da estrarre e sostituire, nella stessa seduta, con impianti osteointegrati e una protesi provvisoria a carico immediato.

Posizione: come da piano di cura

Informativa

La procedura prevede, in un'unica seduta, l'estrazione dell'elemento compromesso, l'inserimento dell'impianto in titanio e l'applicazione di una protesi provvisoria fissa (carico immediato), consentendo di avere denti fissi in tempi molto ridotti.

Obiettivi del trattamento

Ripristinare estetica e funzione in tempi brevissimi con denti fissi provvisori, ridurre il numero di interventi e preservare i tessuti duri e molli.

Tipologia di intervento

Estrazione atraumatica, inserimento dell'impianto con elevata stabilità primaria, eventuale innesto osseo e applicazione, nella stessa seduta, di una protesi provvisoria (avvitata o cementata) a carico immediato.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, estrazione atraumatica, preparazione del sito e inserimento dell'impianto con stabilità primaria adeguata al carico immediato, rilievo dell'impronta, realizzazione e applicazione della protesi provvisoria fissa (di norma mantenuta fuori occlusione), controlli e successiva protesi definitiva a osteointegrazione completata.

Benefici

Denti fissi provvisori nella stessa seduta, ottimo risultato estetico immediato, riduzione dei tempi e del numero di interventi e sostegno dei tessuti molli.

Rischi e complicanze

- Fallimento dell'osteointegrazione, favorito da un carico precoce eccessivo
- Necessità di elevata stabilità primaria: se non raggiunta, il carico immediato non è possibile
- Sovraccarico e micromovimenti dell'impianto
- Frattura o distacco della protesi provvisoria
- Infezioni post-operatorie
- Sanguinamento eccessivo
- Danno a strutture anatomiche (nervi, seni mascellari)
- Lesione dei tessuti duri o molli
- Lesioni a carico di elementi dentali adiacenti
- Perimplantite (infezione dei tessuti attorno all'impianto)

- Recessione dei tessuti e insuccesso estetico
- Parestesie (alterazioni della sensibilità)
- Aperture sinusali

Materiali utilizzati

Impianti in titanio medicale, monconi e componenti protesici provvisori, resine per provvisori, biomateriali per innesto, membrane riassorbibili e materiali per sutura.

Alternative terapeutiche

Impianto a carico differito (con provvisorio rimovibile o senza provvisorio durante la guarigione), impianto post-estrattivo senza carico immediato, protesi fissa tradizionale, protesi mobile, oppure nessun trattamento.

Limiti della terapia

Il carico immediato richiede una elevata stabilità primaria dell'impianto e condizioni ossee favorevoli; la fattibilità viene confermata solo durante l'intervento ed è indispensabile rispettare le indicazioni sulla dieta ed evitare sovraccarichi nella fase di guarigione.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Progressivo riassorbimento osseo, spostamento dei denti adiacenti, compromissione della masticazione e problemi estetici e articolari.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER ESTRAZIONE DEGLI OTTAVI (DENTI DEL GIUDIZIO)

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

ESTRAZIONE DEGLI OTTAVI (DENTI DEL GIUDIZIO)

L'estrazione degli ottavi, o "denti del giudizio" (terzi molari), talvolta si rende necessaria per le possibili complicanze che la loro posizione è in grado di determinare.

Vi sono condizioni favorevoli di spazio in cui vengono lasciati in arcata e curati, se necessario; al contrario vi sono situazioni in cui, con gli ottavi erotti in arcata (in toto o solo in parte) o inclusi (totalmente o parzialmente), si decide di estrarli.

È frequente che non vi sia spazio adeguato alla comparsa degli ottavi in arcata e la loro fuoriuscita può risultare difficoltosa o impossibile.

Vi sono condizioni, poi, in cui i denti del giudizio, pur essendo in arcata, possono produrre infiammazioni o essere causa di carie agli elementi dentari vicini; per molti fattori, quindi, è frequente consigliarne l'estrazione.

Lo sviluppo delle radici, come l'aumento della densità ossea, sono fattori che incidono nella complessità delle estrazioni dei terzi molari, che si consiglia siano estratti in età adolescenziale e comunque quando si individua la possibilità di un'eruzione non corretta degli stessi.

Per gli intimi rapporti con le strutture nervose (inferiormente il nervo alveolare inferiore, superiormente il seno mascellare) e per le possibili anomalie delle radici, spesso è consigliabile effettuare, oltre alla tradizionale ortopantomografia (panoramica), anche la TAC, per avere una visione tridimensionale sia degli elementi dentari che delle strutture a loro vicine.

L'intervento può essere di un singolo dente del giudizio per volta o di entrambi i denti del giudizio dallo stesso lato per volta.

È normale, dopo l'intervento chirurgico, l'edema nella zona interessata (gonfiore), come anche l'ematoma (laddove si sia resa necessaria anche una minima demolizione ossea per accedere all'ottavo da estrarre).

Può risultare difficoltosa l'apertura della bocca per qualche giorno: in tal caso si consiglia di non forzare l'apertura.

Sarà premura del personale consigliarvi istruzioni dettagliate dopo l'intervento chirurgico.

Posizione: come da piano di cura

Tipologia di intervento

Rimozione dell'elemento nella sua sede naturale (alveolo).

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, isolamento del campo operatorio, incisione del tessuto gengivale se necessario, eventuale asportazione di osso alveolare, eventuale separazione del dente, rimozione, lavaggio dell'alveolo, eventuale riempimento con biomateriali ed eventuale sutura o spugna riassorbibile. A scopo antiedemigeno può essere praticata una iniezione di cortisone.

Benefici

Eliminazione del dolore, di infiammazioni, di infezioni o affollamento. Preservazione della salute dei tessuti limitrofi e del riallineamento dentale.

Rischi e complicanze

- Infezioni: come in qualsiasi intervento chirurgico nel cavo orale, per la ricca flora batterica presente. È consigliato fare una seduta di igiene orale pochi giorni prima dell'intervento ed attenersi ad eventuale terapia antibiotica prescritta.
- Emorragia.
- Alveolite post-estrattiva.
- Lesione dei tessuti molli (gengiva e mucose adiacenti).
- Eccezionalmente, per l'intimo rapporto preesistente, si possono avere lesioni ai denti adiacenti.
- Comunicazione con il seno mascellare: è questa un'evenienza frequente per gli ottavi inclusi superiori, che viene normalmente risolta con adeguata sutura (comunicazione oro-sinusale); inoltre scivolamento del dente o di un suo frammento nel seno mascellare.
- Residui radicolari: se il dente del giudizio ha radici particolarmente lunghe, sottili o con curvature anomale, o in intimo rapporto con le strutture nervose, può essere consigliabile, per non demolire troppo l'osso da un lato o rischiare lesioni sensitive permanenti dall'altro, lasciare dei frammenti in sede; normalmente non ne viene ostacolata né compromessa la guarigione della ferita.
- Nei pazienti anziani, o con grave osteoporosi o con ampie lesioni cistiche, vi può essere il rischio di frattura mandibolare. È comunque consigliabile evitare, nei giorni dopo l'intervento, attività sportiva ove vi sia la possibilità di contatto fisico.
- Disturbi della sensibilità per la vicinanza che normalmente c'è con il nervo linguale e che ci può essere anche con il nervo alveolare inferiore. Sono riportate complicanze sensitive in letteratura, e queste sono più frequenti se: il paziente è in età adulta (per il completo sviluppo radicolare), in presenza di inclusioni totali o parziali con inclinazione dentale, o di contatto con le strutture nervose. L'ago da anestesia, l'edema e l'ematoma post-chirurgico, il traumatismo di strumenti per la rimozione degli ottavi possono determinare le complicanze sensitive.
- Lesione temporanea o permanente del nervo alveolare inferiore e/o del nervo linguale, che si manifesta con alterazione o anche perdita della sensibilità del labbro inferiore e/o della lingua, transitorie o talora permanenti.

Materiali utilizzati

Per le suture vengono utilizzati: seta, acido polilattico, acido poliglicolico, politetrafluoroetilene, polipropilene, con diverse caratteristiche di riassorbibilità.

Note informative sull'anestesia

Nella terapia odontoiatrica è molto spesso necessario praticare l'anestesia: si tratta di anestesia locale che si effettua con una iniezione vicina al dente o alla parte da curare, oppure direttamente sul tronco nervoso principale nell'arcata inferiore, e in quel caso si parla di anestesia tronculare.

L'anestetico locale è naturalmente un farmaco e come tale può presentare effetti indesiderati.

Vi sono rischi di interazione con altri farmaci, perciò è assai importante conoscere se il paziente ne sta assumendo e quali.

La presenza nell'anestetico del vasocostrittore, quando previsto, è controindicata in molte patologie quali: nefropatie, ipertensione arteriosa, malattie ischemiche, ipertiroidismo, diabete, glaucoma e nel corso di gravidanza accertata o solo presunta.

Sono possibili effetti collaterali, più spesso di natura nervosa, quali eccitamento, tremori, disorientamento e vertigini, anche sudorazione, aritmie, nausea e vomito.

Tra le complicanze si può avere la lesione traumatica del nervo linguale o del nervo alveolare con danni temporanei o permanenti.

Nei soggetti predisposti ed ipersensibili sono possibili fenomeni allergici, per lo più locali, che si manifestano con orticaria e prurito cutanei, ma si possono avere anche fenomeni generali caratterizzati da broncospasmo ed edema laringeo, fino al quadro di collasso cardiocircolatorio da shock anafilattico.

Farmaci usati

Si tratta sempre e comunque di farmaci prodotti da industrie farmaceutiche di primaria importanza, diffusi ed utilizzati in tutto il mondo da molti anni.

Alternative terapeutiche

Rimozione della sola corona dentale e sommersione della radice, dove possibile.

Limiti della terapia

Situazioni anatomiche complesse legate a forma e posizione delle radici e ai rapporti con strutture delicate come il nervo alveolare inferiore.

Prognosi in caso di mancato trattamento

La mancata estrazione può portare a gonfiori, dolori, infezioni, ascessi, perdita prematura di osso e di ulteriori denti, e compromettere la salute generale.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e

sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER ESTRAZIONE DEGLI OTTAVI (DENTI DEL GIUDIZIO) - PAZIENTE MINORENNE

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

ESTRAZIONE DEGLI OTTAVI (DENTI DEL GIUDIZIO)

L'estrazione degli ottavi, o "denti del giudizio" (terzi molari), talvolta si rende necessaria per le possibili complicanze che la loro posizione è in grado di determinare.

Vi sono condizioni favorevoli di spazio in cui vengono lasciati in arcata e curati, se necessario; al contrario vi sono situazioni in cui, con gli ottavi erotti in arcata (in toto o solo in parte) o inclusi (totalmente o parzialmente), si decide di estrarli.

È frequente che non vi sia spazio adeguato alla comparsa degli ottavi in arcata e la loro fuoriuscita può risultare difficoltosa o impossibile.

Vi sono condizioni, poi, in cui i denti del giudizio, pur essendo in arcata, possono produrre infiammazioni o essere causa di carie agli elementi dentari vicini; per molti fattori, quindi, è frequente consigliarne l'estrazione.

Lo sviluppo delle radici, come l'aumento della densità ossea, sono fattori che incidono nella complessità delle estrazioni dei terzi molari, che si consiglia siano estratti in età adolescenziale e comunque quando si individua la possibilità di un'eruzione non corretta degli stessi.

Per gli intimi rapporti con le strutture nervose (inferiormente il nervo alveolare inferiore, superiormente il seno mascellare) e per le possibili anomalie delle radici, spesso è consigliabile effettuare, oltre alla tradizionale ortopantomografia (panoramica), anche la TAC, per avere una visione tridimensionale sia degli elementi dentari che delle strutture a loro vicine.

L'intervento può essere di un singolo dente del giudizio per volta o di entrambi i denti del giudizio dallo stesso lato per volta.

È normale, dopo l'intervento chirurgico, l'edema nella zona interessata (gonfiore), come anche l'ematoma (laddove si sia resa necessaria anche una minima demolizione ossea per accedere all'ottavo da estrarre).

Può risultare difficoltosa l'apertura della bocca per qualche giorno: in tal caso si consiglia di non forzare l'apertura.

Sarà premura del personale consigliarvi istruzioni dettagliate dopo l'intervento chirurgico.

Posizione: come da piano di cura

Tipologia di intervento

Rimozione dell'elemento nella sua sede naturale (alveolo).

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, isolamento del campo operatorio, incisione del tessuto gengivale se necessario, eventuale asportazione di osso alveolare, eventuale separazione del dente, rimozione, lavaggio dell'alveolo, eventuale riempimento con biomateriali ed eventuale sutura o spugna riassorbibile. A scopo antiedemigeno può essere praticata una iniezione di cortisone.

Benefici

Eliminazione del dolore, di infiammazioni, di infezioni o affollamento. Preservazione della salute dei tessuti limitrofi e del riallineamento dentale.

Rischi e complicanze

- Infezioni: come in qualsiasi intervento chirurgico nel cavo orale, per la ricca flora batterica presente. È consigliato fare una seduta di igiene orale pochi giorni prima dell'intervento ed attenersi ad eventuale terapia antibiotica prescritta.
- Emorragia.
- Alveolite post-estrattiva.
- Lesione dei tessuti molli (gengiva e mucose adiacenti).
- Eccezionalmente, per l'intimo rapporto preesistente, si possono avere lesioni ai denti adiacenti.
- Comunicazione con il seno mascellare: è questa un'evenienza frequente per gli ottavi inclusi superiori, che viene normalmente risolta con adeguata sutura (comunicazione oro-sinusale); inoltre scivolamento del dente o di un suo frammento nel seno mascellare.
- Residui radicolari: se il dente del giudizio ha radici particolarmente lunghe, sottili o con curvature anomale, o in intimo rapporto con le strutture nervose, può essere consigliabile, per non demolire troppo l'osso da un lato o rischiare lesioni sensitive permanenti dall'altro, lasciare dei frammenti in sede; normalmente non ne viene ostacolata né compromessa la guarigione della ferita.
- Nei pazienti anziani, o con grave osteoporosi o con ampie lesioni cistiche, vi può essere il rischio di frattura mandibolare. È comunque consigliabile evitare, nei giorni dopo l'intervento, attività sportiva ove vi sia la possibilità di contatto fisico.
- Disturbi della sensibilità per la vicinanza che normalmente c'è con il nervo linguale e che ci può essere anche con il nervo alveolare inferiore. Sono riportate complicanze sensitive in letteratura, e queste sono più frequenti se: il paziente è in età adulta (per il completo sviluppo radicolare), in presenza di inclusioni totali o parziali con inclinazione dentale, o di contatto con le strutture nervose. L'ago da anestesia, l'edema e l'ematoma post-chirurgico, il traumatismo di strumenti per la rimozione degli ottavi possono determinare le complicanze sensitive.
- Lesione temporanea o permanente del nervo alveolare inferiore e/o del nervo linguale, che si manifesta con alterazione o anche perdita della sensibilità del labbro inferiore e/o della lingua, transitorie o talora permanenti.

Materiali utilizzati

Per le suture vengono utilizzati: seta, acido polilattico, acido poliglicolico, politetrafluoroetilene, polipropilene, con diverse caratteristiche di riassorbibilità.

Note informative sull'anestesia

Nella terapia odontoiatrica è molto spesso necessario praticare l'anestesia: si tratta di anestesia locale che si effettua con una iniezione vicina al dente o alla parte da curare, oppure direttamente sul tronco nervoso principale nell'arcata inferiore, e in quel caso si parla di anestesia tronculare.

L'anestetico locale è naturalmente un farmaco e come tale può presentare effetti indesiderati.

Vi sono rischi di interazione con altri farmaci, perciò è assai importante conoscere se il paziente ne sta assumendo e quali.

La presenza nell'anestetico del vasocostrittore, quando previsto, è controindicata in molte patologie quali: nefropatie, ipertensione arteriosa, malattie ischemiche, ipertiroidismo, diabete, glaucoma e nel corso di gravidanza accertata o solo presunta.

Sono possibili effetti collaterali, più spesso di natura nervosa, quali eccitamento, tremori, disorientamento e vertigini, anche sudorazione, aritmie, nausea e vomito.

Tra le complicanze si può avere la lesione traumatica del nervo linguale o del nervo alveolare con danni temporanei o permanenti.

Nei soggetti predisposti ed ipersensibili sono possibili fenomeni allergici, per lo più locali, che si manifestano con orticaria e prurito cutanei, ma si possono avere anche fenomeni generali caratterizzati da broncospasmo ed edema laringeo, fino al quadro di collasso cardiocircolatorio da shock anafilattico.

Farmaci usati

Si tratta sempre e comunque di farmaci prodotti da industrie farmaceutiche di primaria importanza, diffusi ed utilizzati in tutto il mondo da molti anni.

Alternative terapeutiche

Rimozione della sola corona dentale e sommersione della radice, dove possibile.

Limiti della terapia

Situazioni anatomiche complesse legate a forma e posizione delle radici e ai rapporti con strutture delicate come il nervo alveolare inferiore.

Prognosi in caso di mancato trattamento

La mancata estrazione può portare a gonfiori, dolori, infezioni, ascessi, perdita prematura di osso e di ulteriori denti, e compromettere la salute generale.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO PAZIENTE MINORENNE

Io sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE, in quanto GENITORE / TUTORE LEGALE del minore NOME E COGNOME PAZIENTE, dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e

sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma genitore:

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma genitore:

Timbro e firma operatore:

DA COMPILARE SE FIRMA UN SOLO GENITORE

DICHIARAZIONE DI CONSENSO E RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE

nato/a il, residente in

in qualità di genitore / tutore legale del minore, nato/a a
il, autorizza e si assume la responsabilità per le cure dentali del minore presso
STUDIO AVORIO AMBULATORIO ODONTOIATRICO.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che l'altro genitore, NOME E COGNOME DELL'ALTRO GENITORE, ha già espresso il proprio consenso alle cure, oppure autorizza espressamente la presente firma a rappresentare entrambi i genitori per le suddette cure.

Consapevole delle responsabilità che ne derivano e ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la presente scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori; firma la presente dichiarazione in forma libera e consapevole.

Resta inteso che, nei casi di urgenza o di prestazioni indifferibili necessarie a tutelare la salute del minore, il consenso del genitore presente è sufficiente, anche in assenza dell'altro genitore.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma del genitore:



INFORMATIVA E CONSENSO PER IGIENE ORALE

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

IGIENE ORALE PROFESSIONALE

Diagnosi: Presenza di placca batterica, tartaro sopra e sottogengivale e/o pigmentazioni che richiedono una seduta di igiene orale professionale.

Posizione: come da piano di cura

Informativa

L'igiene orale professionale (ablazione del tartaro o detartrasi) è una procedura di prevenzione che consente di rimuovere placca batterica, tartaro e pigmentazioni dalle superfici dei denti e dal solco gengivale, depositi che non è possibile eliminare con il normale spazzolamento domiciliare.

Obiettivi del trattamento

Rimuovere i depositi di placca e tartaro, prevenire e trattare gengiviti e malattia parodontale, ridurre il rischio di carie e mantenere la salute di denti e gengive, migliorando anche l'estetica.

Tipologia di intervento

Rimozione meccanica e/o ad ultrasuoni del tartaro sopra e sottogengivale, rimozione delle pigmentazioni, lucidatura delle superfici dentali ed eventuale applicazione di sostanze desensibilizzanti o fluoro.

Descrizione dell'intervento

Valutazione dello stato di igiene, rimozione del tartaro con strumenti ad ultrasuoni e/o manuali (curette), rimozione delle pigmentazioni con polveri (air-polishing), lucidatura delle superfici dentali e istruzioni di igiene domiciliare. In presenza di tasche parodontali può rendersi necessaria la levigatura delle radici.

Benefici

Gengive più sane, riduzione del sanguinamento e dell'infiammazione, alito più fresco, prevenzione di carie e malattia parodontale, denti più puliti e lucidi.

Rischi e complicanze

- Sanguinamento gengivale transitorio
- Sensibilità dentale temporanea, soprattutto al caldo e al freddo
- Transitorio aumento della mobilità dentale in presenza di tartaro abbondante
- Piccole abrasioni o irritazioni dei tessuti gengivali
- Recessioni gengivali con esposizione dei colletti in parodonti già compromessi
- Batteriemia transitoria, rilevante nei pazienti a rischio (ad esempio portatori di protesi valvolari)

Materiali utilizzati

Strumenti ad ultrasuoni, curette, polveri per air-polishing, paste per lucidatura, sostanze desensibilizzanti e fluoro.

Alternative terapeutiche

Sola igiene domiciliare, insufficiente da sola a rimuovere il tartaro, oppure nessun trattamento.

Limiti della terapia

L'efficacia dipende dal mantenimento di una corretta igiene domiciliare e da controlli periodici; in presenza di parodontite avanzata possono rendersi necessarie terapie parodontali aggiuntive.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Progressione dell'infiammazione verso gengivite e parodontite, formazione di tasche, riassorbimento osseo, mobilità e possibile perdita degli elementi dentali, alitosi.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER IGIENE ORALE - PAZIENTE MINORENNE

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

IGIENE ORALE PROFESSIONALE

Diagnosi: Presenza di placca batterica, tartaro sopra e sottogengivale e/o pigmentazioni che richiedono una seduta di igiene orale professionale.

Posizione: come da piano di cura

Informativa

L'igiene orale professionale (ablazione del tartaro o detartrasi) è una procedura di prevenzione che consente di rimuovere placca batterica, tartaro e pigmentazioni dalle superfici dei denti e dal solco gengivale, depositi che non è possibile eliminare con il normale spazzolamento domiciliare.

Obiettivi del trattamento

Rimuovere i depositi di placca e tartaro, prevenire e trattare gengiviti e malattia parodontale, ridurre il rischio di carie e mantenere la salute di denti e gengive, migliorando anche l'estetica.

Tipologia di intervento

Rimozione meccanica e/o ad ultrasuoni del tartaro sopra e sottogengivale, rimozione delle pigmentazioni, lucidatura delle superfici dentali ed eventuale applicazione di sostanze desensibilizzanti o fluoro.

Descrizione dell'intervento

Valutazione dello stato di igiene, rimozione del tartaro con strumenti ad ultrasuoni e/o manuali (curette), rimozione delle pigmentazioni con polveri (air-polishing), lucidatura delle superfici dentali e istruzioni di igiene domiciliare. In presenza di tasche parodontali può rendersi necessaria la levigatura delle radici.

Benefici

Gengive più sane, riduzione del sanguinamento e dell'infiammazione, alito più fresco, prevenzione di carie e malattia parodontale, denti più puliti e lucidi.

Rischi e complicanze

- Sanguinamento gengivale transitorio
- Sensibilità dentale temporanea, soprattutto al caldo e al freddo
- Transitorio aumento della mobilità dentale in presenza di tartaro abbondante
- Piccole abrasioni o irritazioni dei tessuti gengivali
- Recessioni gengivali con esposizione dei colletti in parodonti già compromessi
- Batteriemia transitoria, rilevante nei pazienti a rischio (ad esempio portatori di protesi valvolari)

Materiali utilizzati

Strumenti ad ultrasuoni, curette, polveri per air-polishing, paste per lucidatura, sostanze desensibilizzanti e fluoro.

Alternative terapeutiche

Sola igiene domiciliare, insufficiente da sola a rimuovere il tartaro, oppure nessun trattamento.

Limiti della terapia

L'efficacia dipende dal mantenimento di una corretta igiene domiciliare e da controlli periodici; in presenza di parodontite avanzata possono rendersi necessarie terapie parodontali aggiuntive.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Progressione dell'infiammazione verso gengivite e parodontite, formazione di tasche, riassorbimento osseo, mobilità e possibile perdita degli elementi dentali, alitosi.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE, in quanto GENITORE / TUTORE LEGALE del minore NOME E COGNOME PAZIENTE, dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma genitore firmatario: _____

Firma operatore: _____

DA COMPILARE SE FIRMA UN SOLO GENITORE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Il/La sottoscritto/a, in qualità di genitore / tutore legale del minore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori, e che l'altro genitore ha già espresso il proprio consenso alle cure ovvero autorizza espressamente la presente firma a rappresentare entrambi i genitori.

Resta inteso che, nei casi di urgenza o di prestazioni indifferibili necessarie a tutelare la salute del minore, il consenso del genitore presente è sufficiente, anche in assenza dell'altro genitore.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma del genitore:



INFORMATIVA E CONSENSO PER IMPLANTOLOGIA

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

IMPLANTOLOGIA

Diagnosi: mancanza di uno o più elementi che richiede la sostituzione degli elementi mancanti tramite impianti osteointegrati.

Posizione: come da piano di cura

Informativa

L'implantologia è una pratica chirurgica che consente di sostituire le radici dei denti mancanti tramite viti in titanio che vanno ad integrarsi progressivamente nell'osso (fenomeno chiamato osteointegrazione).

Obiettivi del trattamento

Ripristinare la masticazione, l'estetica e la fonazione con una soluzione fissa e stabile.

Tipologia di intervento

Inserimento di impianti in titanio nell'osso alveolare, eventuale rigenerazione ossea e successiva protesizzazione.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, isolamento del campo operatorio, incisione gengivale, preparazione della zona con frese, inserimento dell'impianto, innesti ossei se necessario, sutura, periodo di osteointegrazione, riapertura e protesizzazione.

Benefici

Sostituzione degli elementi dentali mancanti senza coinvolgere i denti vicini, ripristino della masticazione. Soluzione fissa e stabile, ripristino dell'estetica e della fonazione, durata nel tempo superiore alle protesi mobili.

Rischi e complicanze

- Fallimento dell'osteointegrazione
- Infezioni post-operatorie
- Sanguinamento eccessivo
- Danno a strutture anatomiche (nervi, seni mascellari)
- Perimplantite (infezione dei tessuti attorno all'impianto)
- Frattura dell'impianto
- Necessità di interventi aggiuntivi
- Insuccesso estetico
- Parestesie (alterazioni della sensibilità)
- Aperture sinusali

Materiali utilizzati

Impianti in titanio medicale, membrane riassorbibili, innesti ossei autologhi o eterologhi, materiali per sutura.

Alternative terapeutiche

Protesi mobili parziali o totali, ponti su denti naturali (per sostituzioni singole) oppure nessun trattamento.

Limiti della terapia

Insufficiente quantità o qualità dell'osso, patologie sistemiche che compromettono la guarigione, cattiva igiene orale, fumo eccessivo, bruxismo severo.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Progressivo riassorbimento dell'osso alveolare, spostamento dei denti adiacenti, compromissione della masticazione, problemi articolari.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER ORTODONZIA

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

ORTODONZIA

Diagnosi: malocclusione dentale e/o scheletrica, affollamento, spazi, morsi anomali, asimmetrie facciali.

Posizione: arcata superiore e/o inferiore, settori specifici secondo necessità

Informativa

Il trattamento ortodontico ha lo scopo di correggere le malocclusioni attraverso l'applicazione di forze controllate per muovere i denti nella posizione corretta.

Obiettivi del trattamento

Ottenere un corretto allineamento dentale, una masticazione efficiente, un'estetica del sorriso armonica e la stabilità nel tempo del risultato.

Tipologia di intervento

Applicazione di apparecchiature ortodontiche fisse (brackets) o mobili (allineatori trasparenti), eventuale espansore palatale, uso di dispositivi ausiliari.

Descrizione dell'intervento

Prima visita, raccolta dati con presa delle impronte ed eventuali radiografie e modelli di studio, studio del caso, applicazione dell'apparecchiatura, controlli periodici con attivazione dell'apparecchio, rimozione dell'apparecchio e fase di contenzione.

Benefici

Miglioramento dell'estetica del sorriso, dell'igiene orale e della masticazione. Correzione delle malocclusioni, prevenzione dei problemi articolari, miglioramento della fonazione e aumento dell'autostima.

Rischi e complicanze

- Decalcificazioni dello smalto (white spots)
- Gengiviti e parodontiti per difficile igiene
- Riassorbimenti radicolari
- Dolore e disagio temporaneo
- Rottura dell'apparecchiatura
- Allergie ai materiali
- Recidive post-trattamento
- Necessità di estrazioni dentali
- Problemi articolari temporanei
- Durata del trattamento superiore al previsto

Materiali utilizzati

Brackets metallici o estetici, archi ortodontici in acciaio o nichel-titanio, legature, allineatori in resina termoplastica, dispositivi di ancoraggio.

Alternative terapeutiche

Ortodonzia linguale, allineatori, chirurgia nei casi severi, accettazione della malocclusione.

Limiti della terapia

Scarsa collaborazione del paziente, malocclusioni che necessitano di chirurgia.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Peggioramento della malocclusione, problemi articolari, difficoltà nell'igiene orale con conseguenti carie e parodontiti, problemi estetici e funzionali.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER ORTODONZIA - PAZIENTE MINORENNE

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

ORTODONZIA

Diagnosi: malocclusione dentale e/o scheletrica, affollamento, spazi, morsi anomali, asimmetrie facciali.

Posizione: arcata superiore e/o inferiore, settori specifici secondo necessità

Informativa

Il trattamento ortodontico ha lo scopo di correggere le malocclusioni attraverso l'applicazione di forze controllate per muovere i denti nella posizione corretta.

Obiettivi del trattamento

Ottenere un corretto allineamento dentale, una masticazione efficiente, un'estetica del sorriso armonica e la stabilità nel tempo del risultato.

Tipologia di intervento

Applicazione di apparecchiature ortodontiche fisse (brackets) o mobili (allineatori trasparenti), eventuale espansore palatale, uso di dispositivi ausiliari.

Descrizione dell'intervento

Prima visita, raccolta dati con presa delle impronte ed eventuali radiografie e modelli di studio, studio del caso, applicazione dell'apparecchiatura, controlli periodici con attivazione dell'apparecchio, rimozione dell'apparecchio e fase di contenzione.

Benefici

Miglioramento dell'estetica del sorriso, dell'igiene orale e della masticazione. Correzione delle malocclusioni, prevenzione dei problemi articolari, miglioramento della fonazione e aumento dell'autostima.

Rischi e complicanze

- Decalcificazioni dello smalto (white spots)
- Gengiviti e parodontiti per difficile igiene
- Riassorbimenti radicolari
- Dolore e disagio temporaneo
- Rottura dell'apparecchiatura
- Allergie ai materiali
- Recidive post-trattamento
- Necessità di estrazioni dentali
- Problemi articolari temporanei
- Durata del trattamento superiore al previsto

Materiali utilizzati

Brackets metallici o estetici, archi ortodontici in acciaio o nichel-titanio, legature, allineatori in resina termoplastica, dispositivi di ancoraggio.

Alternative terapeutiche

Ortodonzia linguale, allineatori, chirurgia nei casi severi, accettazione della malocclusione.

Limiti della terapia

Scarsa collaborazione del paziente, malocclusioni che necessitano di chirurgia.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Peggioramento della malocclusione, problemi articolari, difficoltà nell'igiene orale con conseguenti carie e parodontiti, problemi estetici e funzionali.

SEZIONE CONSENSO DI ENTRAMBI I GENITORI PER PAZIENTE MINORENNE

Io sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE, in quanto GENITORE / TUTORE LEGALE del minore NOME E COGNOME PAZIENTE, dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma genitore:

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma genitore:

Timbro e firma operatore:

DA COMPILARE SE FIRMA UN SOLO GENITORE

DICHIARAZIONE DI CONSENSO E RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE

nato/a il, residente in

in qualità di genitore / tutore legale del minore, nato/a a
il, autorizza e si assume la responsabilità per le cure dentali del minore presso
STUDIO AVORIO AMBULATORIO ODONTOIATRICO.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che l'altro genitore, NOME E COGNOME DELL'ALTRO
GENITORE, ha già espresso il proprio consenso alle cure, oppure autorizza espressamente la
presente firma a rappresentare entrambi i genitori per le suddette cure.

Consapevole delle responsabilità che ne derivano e ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di
effettuare la presente scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale
di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del codice civile, che richiedono il consenso di
entrambi i genitori; firma la presente dichiarazione in forma libera e consapevole.

Resta inteso che, nei casi di urgenza o di prestazioni indifferibili necessarie a tutelare la salute
del minore, il consenso del genitore presente è sufficiente, anche in assenza dell'altro
genitore.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma del genitore:



INFORMATIVA E CONSENSO PER PARODONTOLOGIA

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

PARODONTOLOGIA

Diagnosi: gengivite, parodontite cronica o aggressiva, recessioni gengivali, iperplasie gengivali, necessità di chirurgia mucogengivale.

Posizione: come da piano di cura

Informativa

La parodontologia si occupa della prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie che vanno a colpire il supporto del dente (gengiva, legamento parodontale, cemento, osso alveolare).

Obiettivi del trattamento

Eliminare l'infezione batterica, ridurre la profondità delle tasche e rigenerare i tessuti perduti. Stabilizzare la malattia parodontale.

Tipologia di intervento

Detartrasi, levigatura radicolare, curettage (pulizia profonda per eliminare placca e tartaro in profondità), chirurgia parodontale resettiva o rigenerativa, innesti gengivali.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, detartrasi sopra e sottogengivale, levigatura delle superfici radicolari, eventuale chirurgia con lembi, applicazione di membrane e biomateriali rigenerativi, suture.

Benefici

Eliminazione dell'infezione, arresto della malattia parodontale, mantenimento degli elementi dentali, riduzione delle tasche, miglioramento dell'estetica gengivale.

Rischi e complicanze

- Sensibilità dentale post-operatoria
- Recessioni gengivali con esposizione delle radici
- Modificazioni estetiche (triangoli neri)
- Mobilità dentale temporanea
- Sanguinamento post-operatorio
- Infezioni
- Insuccesso della rigenerazione
- Necessità di trattamenti aggiuntivi
- Perdita di elementi dentali nei casi più estremi

Materiali utilizzati

Biomateriali per rigenerazione (membrane, innesti), suture riassorbibili e non, gel di acido ialuronico, antisettici locali.

Alternative terapeutiche

Terapia parodontale non chirurgica, mantenimento con controlli periodici, estrazione degli elementi compromessi e sostituzione impianto-protesica.

Limiti della terapia

Scarsa collaborazione del paziente nell'igiene orale, fumo, diabete non controllato, forme aggressive di parodontite, perdita ossea eccessiva.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Progressione della malattia parodontale con perdita dell'attacco parodontale, mobilità e perdita degli elementi dentali, nonché alitosi, dolore, ascessi.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____

DA COMPILARE SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE - FIRMATARIO

Il sottoscritto, NOME E COGNOME DEL GENITORE, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

FIRMA DI UN GENITORE: _____



INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(art. 13 Regolamento UE 2016/679 - GDPR) - Gestione Pazienti

Gentile (nome e cognome del paziente) , con questa informativa Le spieghiamo in modo semplice come utilizziamo i Suoi dati personali e quelli relativi alla Sua salute, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Chi tratta i Suoi dati

Titolare del trattamento: Avorio S.r.l. - Via Alcide de Gasperi 7/D, 37010 Costermano sul Garda (VR) - Tel. 045 2370 122 - info@avoriosrl.it.
Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): Schiarante Emily - studioavorio@gmail.com.

Quali dati trattiamo

Dati anagrafici e di contatto (nome, indirizzo, telefono, e-mail), codice fiscale e tessera sanitaria; dati relativi alla salute (anamnesi, patologie pregresse e in corso, terapie, immagini e radiografie, dossier sanitario elettronico); coordinate bancarie per i pagamenti.

Perché li trattiamo

- Diagnosi, cura e assistenza odontoiatrica: necessario per eseguire le prestazioni sanitarie e tutelare la Sua salute (art. 9 GDPR).
- Gestione degli appuntamenti e relative comunicazioni (conferme, promemoria, variazioni): necessario per fornirLe il servizio.
- Adempimenti fiscali, contabili e amministrativi: obbligo di legge.
- Gestione di eventuali contenziosi e recupero crediti: legittimo interesse dello Studio.
- Invio di comunicazioni informative o promozionali: solo con il Suo consenso (facoltativo).

Come La contattiamo (WhatsApp e altri canali)

Le comunicazioni necessarie alla gestione degli appuntamenti (conferme, promemoria e variazioni) vengono inviate tramite i canali abitualmente utilizzati dallo Studio: telefono, SMS, e-mail e WhatsApp. Tali comunicazioni sono parte integrante del servizio e servono a garantire il regolare flusso delle conferme: non è pertanto possibile escluderle senza compromettere la gestione degli appuntamenti.

A chi comunichiamo i dati

Solo se necessario: consulenti (commercialista, consulente del lavoro, legali), banche e intermediari di pagamento, laboratori odontotecnici e altri professionisti sanitari coinvolti nelle cure, enti previdenziali e assistenziali, fornitori di servizi cloud e gestionali, compagnie assicurative. In caso di paziente minore, ai genitori o tutori.

Dove e per quanto tempo

I dati non vengono trasferiti fuori dall'Unione Europea, salvo quanto tecnicamente necessario per l'uso di servizi digitali (ad esempio la messaggistica), sempre nel rispetto delle garanzie del GDPR. Conserviamo i dati per il tempo necessario alle finalità indicate e agli obblighi di legge, e comunque per il periodo utile alla tutela in sede giudiziaria.

Sicurezza dei dati

I dati sono gestiti tramite il gestionale AlfaDocs e i documenti sono conservati in forma criptata, con misure tecniche e organizzative adeguate a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I Suoi diritti

Può in ogni momento chiedere l'accesso ai Suoi dati, la loro rettifica o cancellazione, la limitazione o l'opposizione al trattamento, la portabilità, e revocare i consensi facoltativi. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it). Per esercitare i Suoi diritti può contattare lo Studio ai recapiti sopra indicati. Per manifestare il mancato consenso al trattamento e alla conservazione dei dati, o per revocare un consenso già prestato, è necessario inviare comunicazione tramite PEC all'indirizzo avoriosrl@legalmail.it.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PAZIENTE

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) , codice fiscale _____, dichiaro di aver letto e compreso la presente informativa.

Presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali e di quelli relativi alla salute (categorie particolari di dati, art. 9 GDPR) per tutte le finalità descritte nella presente informativa: diagnosi, cura e assistenza odontoiatrica; gestione degli appuntamenti e relative comunicazioni, anche tramite WhatsApp, SMS ed e-mail; adempimenti amministrativi e contabili; invio di comunicazioni informative e promozionali dello Studio.

Prendo atto che tali trattamenti sono necessari per l'esecuzione delle prestazioni e per la gestione del servizio: in assenza di questi dati non è possibile erogare le cure.

Qualora non intenda prestare il consenso, in tutto o in parte, comprese le finalità di comunicazione informativa e promozionale, devo darne comunicazione tramite PEC all'indirizzo avoriosrl@legalmail.it.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma del paziente (o di chi ne fa le veci): _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER PROTESI FISSA

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

PROTESI FISSA

Diagnosi: Presenza di elementi dentali gravemente compromessi o mancanti che richiedono una riabilitazione con protesi fissa (corone e/o ponti).

Posizione: come da piano di cura

Informativa

La protesi fissa è una riabilitazione cementata o avvitata, non rimovibile dal paziente, che ripristina denti gravemente danneggiati (corone) o sostituisce denti mancanti appoggiandosi ai denti naturali adiacenti o a impianti (ponti).

Obiettivi del trattamento

Ripristinare forma, funzione ed estetica degli elementi dentali, sostituire i denti mancanti con una soluzione fissa e stabile e proteggere i denti trattati.

Tipologia di intervento

Preparazione (limatura) dei denti pilastro, impronte e realizzazione di corone e/o ponti in ceramica integrale, metallo-ceramica o zirconia, successivamente cementati o avvitati.

Descrizione dell'intervento

Anestesia locale, preparazione dei denti pilastro, impronte di precisione, applicazione di manufatti provvisori, prova della struttura, cementazione o avvitamento del manufatto definitivo e controllo dell'occlusione.

Benefici

Soluzione fissa e stabile, ottimo risultato estetico e funzionale, ripristino della masticazione e della fonazione, protezione dei denti compromessi e comfort, non essendo rimovibile.

Rischi e complicanze

- Sensibilità dei denti preparati al caldo e al freddo, transitoria o persistente
- Possibile necessità di terapia canalare (devitalizzazione) del dente pilastro
- Infiammazione o recessione gengivale attorno al manufatto
- Distacco o decementazione della protesi
- Frattura o scheggiatura della ceramica
- Carie secondarie ai margini in caso di scarsa igiene
- Sofferenza o perdita dei denti pilastro

Materiali utilizzati

Ceramica integrale, zirconia, leghe metallo-ceramiche, cementi adesivi, materiali per impronta e per provvisori.

Alternative terapeutiche

Protesi mobile parziale, protesi fissa su impianti, oppure nessun trattamento.

Limiti della terapia

Richiede denti pilastro sani o adeguatamente ricostruibili e una buona igiene; nei ponti si preparano anche denti eventualmente integri. La durata dipende dall'igiene e dai controlli periodici.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Ulteriore deterioramento dei denti compromessi, migrazione ed estrusione degli elementi, compromissione della masticazione e dell'estetica e possibile perdita dei denti.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



INFORMATIVA E CONSENSO PER PROTESI MOBILE

INFORMARE ED ESSERE INFORMATI

Il consenso informato

Il consenso informato è un processo in cui una persona riceve informazioni chiare e sufficienti riguardo a una diagnosi, una proposta di trattamento o una procedura sanitaria. L'obiettivo è permettere al paziente di prendere una decisione consapevole riguardo alla propria salute.

Elementi chiave del consenso informato:

- **Informazione adeguata:** spiegazioni comprensibili sui benefici, sui rischi, sulle alternative e sulle possibili conseguenze del trattamento.
- **Comprensione:** il paziente deve capire le informazioni ricevute e avere l'opportunità di fare domande.
- **Volontarietà:** la decisione deve essere presa senza pressioni e senza costrizioni.
- **Autonomia:** il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento proposto.
- **Consenso esplicito:** la decisione va espressa in modo chiaro, spesso tramite firma o conferma digitale, prima di eseguire la procedura.

Perché è importante:

- tutela i diritti del paziente e la sua dignità.
- favorisce una relazione di fiducia tra paziente e professionista.
- riduce il rischio di malintesi e di controversie legali.
- migliora la qualità delle cure, perché le scelte riflettono le preferenze e i valori del paziente.

Chi è coinvolto:

- **Paziente:** riceve le informazioni e decide.
- **Professionista sanitario:** fornisce le informazioni, valuta la capacità decisionale e ottiene il consenso.
- **Eventuali familiari o tutori:** possono essere coinvolti se il paziente non è in grado di prendere decisioni da solo, nel rispetto delle norme legali.

In sintesi, il consenso informato è il processo di condivisione di informazioni essenziali e la raccolta della volontà del paziente prima di intraprendere qualsiasi intervento sanitario, per garantire scelte libere, informate e rispettose della persona.

Ogni trattamento odontoiatrico può avere esiti diversi da quelli discussi inizialmente e inseriti nel Suo piano di cura; se fosse necessario apportare modifiche, queste verranno verificate e discusse insieme a lei.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE TERAPIE PRESCRITTE PRESENTI NEL PIANO DI CURA PRESENTATO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente)

Nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Codice fiscale: _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti a lei verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da poter avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate, fondate sulla diagnosi effettuata ed a Lei comunicata al termine della visita.

PROTESI MOBILE

In questo modulo vengono specificati i rischi, i benefici e le alternative del trattamento di protesi mobile effettuato in questa struttura. La preghiamo di leggere attentamente. Può richiedere copia di queste pagine in segreteria.

Diagnosi: mancanza di più elementi dentali (edentulia parziale o totale) che richiede la riabilitazione con protesi mobile.

Posizione: come da piano di cura

Informativa

La protesi mobile è un dispositivo rimovibile, parziale o totale, che sostituisce i denti mancanti e i tessuti di supporto, appoggiandosi alla mucosa e/o ancorandosi ai denti residui tramite ganci o attacchi.

Obiettivi del trattamento

Ripristinare la masticazione, la fonazione e l'estetica e sostenere i tessuti del volto, con una soluzione rimovibile.

Tipologia di intervento

Protesi rimovibile con attacchi: applicazione di una protesi mobile con appoggio mucoso, collegata tramite attacchi e fresaggi a manufatti protesici di vario tipo costruiti su impianti o sulla dentatura residua del paziente, utilizzata parzialmente o in toto.

Protesi parziali: applicazione di una protesi mobile con appoggio mucoso e su elementi dentali residui.

Protesi totali: applicazione di una protesi mobile con appoggio sulla sola mucosa orale. Tali protesi vengono costruite su modelli derivati da impronte di precisione rilevate sul paziente.

Descrizione dell'intervento

Rilevazione delle impronte preliminari e definitive, registrazione dei rapporti occlusali, prova dei denti in cera, consegna della protesi e successive sedute di controllo con ribasature o ritocchi per l'adattamento.

Benefici

Ripristino della funzione masticatoria e, ove possibile, dell'aspetto estetico e della fonazione. Soluzione rimovibile e facilmente igienizzabile, riparabile e modificabile nel tempo, con costo contenuto rispetto alle soluzioni fisse o implantari.

Rischi e complicanze

Le complicazioni derivanti da queste protesi possono essere numerose, ma nella maggior parte dei casi non particolarmente rilevanti. In particolare:

- Difficoltà di adattamento iniziale (fonazione, masticazione, senso di ingombro)
- Lesioni da decubito e ulcere della mucosa

- Aumento della salivazione o senso di nausea nelle prime fasi
- Riassorbimento osseo progressivo delle creste alveolari del mascellare superiore e inferiore, favorito dall'appoggio mucoso, con conseguente necessità di ribasature
- Instabilità o ridotta ritenzione, soprattutto nelle protesi totali, spesso legata a condizioni anatomiche e funzionali del paziente anche variabili nel tempo
- Nelle protesi parziali: dolenza e sovraccarico dei denti che sostengono gli appoggi, con maggior sensibilità alla carie e ai problemi parodontali
- Infezione delle mucose orali (stomatiti, infezioni da candida) in caso di igiene orale insufficiente
- Sono descritti rarissimi casi di patologie tumorali a carico delle mucose orali nei portatori di protesi mobile

Materiali utilizzati

Resina acrilica, leghe in cromo-cobalto-molibdeno od auree, denti prefabbricati o personalizzati in resina acrilica, materiale composito o ceramica. In soggetti predisposti questi materiali possono avere effetti allergizzanti a breve o a lungo termine.

Alternative terapeutiche

Ove possibile, la protesi fissa su denti naturali (ponti) o ricostruzioni protesiche complesse; in certi casi la chirurgia implantare (osteointegrata) risolve in maniera soddisfacente i problemi legati alla mobilità. In alternativa, nessun trattamento.

Limiti della terapia

La ritenzione e la stabilità dipendono dalla quantità di osso residuo e dalla qualità dei tessuti; è necessario un periodo di adattamento e una manutenzione periodica con ribasature.

Prognosi in caso di mancato trattamento

Compromissione della masticazione e della nutrizione, alterazioni fonetiche ed estetiche, migrazione dei denti residui, sovraccarico degli elementi rimanenti e riassorbimento osseo.

Manufatti protesici e perni preesistenti

Il/La paziente è informato/a che, per eseguire la prestazione o per accedere all'elemento dentale interessato, potrebbe rendersi necessario sezionare, forare o rimuovere manufatti protesici preesistenti (ponti, corone/capsule, protesi fisse) e/o rimuovere perni endocanalari (perni moncone) già presenti. Tali manovre possono danneggiare in modo irreversibile i manufatti interessati, rendendoli inutilizzabili e comportando la necessità di un loro rifacimento o sostituzione, con eventuali costi aggiuntivi non compresi nella presente prestazione. Il/La sottoscritto/a, informato/a di questa eventualità, vi acconsente e autorizza il professionista a procedere qualora, secondo il giudizio clinico, tali interventi risultino indispensabili.

SEZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / ____

Firma paziente: _____

Firma operatore: _____



LIBERATORIA PER LA RIMOZIONE DEL RETAINER DI CONTENZIONE

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) , nato/a _____ il ____
/ ____ / _____, codice fiscale _____, residente a/in
_____, consapevole della mia condizione ortodontica e del
trattamento a cui sono stato/a sottoposto/a, con la presente rilascio il mio consenso
informato per la rimozione dell'apparecchio di contenzione (retainer) che mi è stato applicato,
come da indicazione del mio ortodontista, Dott.

Riconosco quanto segue:

Effetti della rimozione: sono stato/a informato/a che la rimozione del retainer di
contenzione potrebbe comportare un rischio di lieve spostamento dei denti, che potrebbero
tornare a una posizione precedente, soprattutto se il trattamento ortodontico non è stato
completato da un lungo periodo. Il rischio di recidiva può variare da persona a persona.

Necessità di una nuova contenzione: mi è stato spiegato che, in alcuni casi, potrebbero
essere necessari altri apparecchi di contenzione o trattamenti aggiuntivi per mantenere il
risultato ottenuto, e che la rimozione del retainer non garantisce permanentemente
l'allineamento dei denti.

Esenzione da responsabilità: comprendo e accetto che, dopo la rimozione del retainer, il
mio ortodontista e il personale medico non saranno ritenuti responsabili per eventuali
cambiamenti nella posizione dei denti o per il ritorno a condizioni preesistenti, a meno che
non si verifichino problemi dovuti a negligenza diretta durante la procedura di rimozione.

Consigli post-rimozione: sono stato/a informato/a sulla necessità di seguire le istruzioni post-
rimozione, che includono, ma non si limitano a, l'utilizzo di altri dispositivi di contenzione, il
monitoraggio periodico della posizione dei denti e la necessità di visite di controllo.

Confermo di aver compreso i rischi e le implicazioni di questa procedura e di aver ricevuto
risposte soddisfacenti alle mie domande in merito alla rimozione del retainer. Di mia libera
volontà e senza alcuna pressione, autorizzo la rimozione del retainer e sollevo l'ortodontista
e la sua struttura da ogni responsabilità in relazione a eventuali conseguenze dovute alla
rimozione.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma del paziente: _____

Firma operatore: _____



Modulo di consenso informato al trattamento sbiancante

Ambulatorio odontoiatrico Avorio - Via Alcide de Gasperi 7/D, Costermano sul Garda (VR)

Gentile paziente,

a seguito delle valutazioni effettuate, Le forniamo le informazioni necessarie a meglio comprendere lo sbiancamento, con che cosa si esegue e quali attenzioni si devono adottare, al fine di favorire un consenso consapevole al trattamento.

I principi attivi per lo sbiancamento domiciliare e professionale, con o senza attivazione esterna, sono: il perossido di carbammide e il perossido di idrogeno. Entrambi sono disponibili in diverse concentrazioni e applicabili con diverse metodiche scelte per Lei, a seconda del grado di discromia dei suoi denti.

Il principio attivo non agisce sullo smalto, preservandolo, ma sulle molecole della discolorazione presenti nella sostanza organica interna, tra i prismi dello smalto.

Le ricordiamo che tutti gli agenti non sbiancano porcellane, resine, compositi e qualsiasi altro materiale di restauro presente nel cavo orale: eventuali otturazioni effettuate precedentemente allo sbiancamento potrebbero richiedere la sostituzione e il rifacimento per adattarsi al colore ottenuto.

La modifica dei restauri preesistenti non deve essere effettuata prima che siano trascorse due settimane, tempo necessario alla stabilizzazione della tonalità raggiunta e al ripristino delle condizioni ideali per l'adesione dei materiali di restauro.

CONTROINDICAZIONI ALLA PROCEDURA DI SBIANCAMENTO

Elenchiamo alcune tra le più importanti informazioni anamnestiche sulla sua salute generale e orale, che devono essere oggetto di valutazione prima dello sbiancamento.

Se avesse omesso di segnalarle nella compilazione della cartella anamnestica in sede di visita, o se fossero sopraggiunte in epoca successiva alla compilazione della stessa, La preghiamo cortesemente di contrassegnarle ora, affinché si possa confermare la sua idoneità al trattamento.

Buona salute generale: ☐ SÌ ☐ NO

SENSIBILITÀ AI PEROSSIDI

☐ SÌ ☐ NO allergia ai polimeri della mascherina

☐ SÌ ☐ NO in caso di sbiancamento professionale con lampada a ultravioletti: fotosensibile o sottoposto a terapia PUVA (psoraleni + radiazioni UV) o altro tipo di fotochemioterapia, o storia medica di melanoma

☐ SÌ ☐ NO in caso di sbiancamento professionale con lampada: in corso di terapia con farmaci o sostanze fotoreattive (antibiotici, anticoncezionali), siano essi da banco, soggetti a prescrizione medica od omeopatici (clortiazide, idroclorotiazide, clortalidone, naprossene, oxaprozina, nabumetone, piroxicam, doxiciclina, ciprofloxacina, ofloxacina, psoralene, demeclociclina, norfloxacina, sparfloxacina, sulindac, tetraciclina)

☐ SÌ ☐ NO problemi all'articolazione temporo-mandibolare

☐ SÌ ☐ NO impianti su denti anteriori (controindicazione solo in caso di sbiancamento domiciliare)

☐ SÌ ☐ NO gravidanza o allattamento

- ☐ SÌ ☐ NO patologie sistemiche: diabete, malattie polmonari, circolatorie e respiratorie
- ☐ SÌ ☐ NO terapie con farmaci che inducano xerostomia
- ☐ SÌ ☐ NO terapie immunosoppressive
- ☐ SÌ ☐ NO terapie antinfettive
- ☐ SÌ ☐ NO terapie antinfiammatorie
- ☐ SÌ ☐ NO sensibilità dentinale (controindicazione solo in caso di sbiancamento domiciliare)

COLLABORAZIONE RICHIESTA

Al fine di documentare la procedura, Le verranno scattate fotografie delle due arcate dentarie per determinare il colore di partenza in base alla scala colori VITA, prima e dopo il trattamento sbiancante.

Le ricordiamo anche che, in caso di sbiancamento professionale:

- deve essere in grado di rimanere fermo per il corretto orientamento della luce sui denti, se il trattamento viene eseguito con lampada, cioè fotoattivato;
- deve essere in grado di mantenere aperto il cavo orale, aiutato da un apribocca specifico, per il tempo necessario alla procedura di sbiancamento (mediamente 1 ora per gli sbiancamenti professionali, frazionata in spot di 15 minuti, trascorsi i quali il gel deve essere sostituito; gli spot devono essere replicati 3/4 volte);
- deve rispettare i tempi e i giorni di posa, in caso di sbiancamento domiciliare, che variano a seconda della concentrazione specificamente scelta per Lei.

DURATA DELLO SBIANCAMENTO

Mediamente ogni trattamento estetico (come abbronzatura con lampade, tinte ai capelli, unghie di resina, ceretta, ecc.) ha una breve durata (un mese circa) e poi necessita di trattamenti di mantenimento o rifacimento.

Invece il trattamento estetico di sbiancamento dentale dura da 15 a 17 mesi, ma a condizione che esista un'efficace collaborazione da parte Sua nell'igiene orale e nello stile di vita; in caso contrario si verificherà rapidamente una recidiva del colore.

APPUNTAMENTI E RICHIAMI

Le chiediamo la collaborazione nel rispettare:

- un appuntamento di controllo dopo 15 giorni per verificare che non vi siano state recidive e che lo sbiancamento ottenuto sia stabile; durante questa seduta verranno scattate le fotografie per definire la tonalità di colore raggiunta e quantificarne il grado attraverso la scala colori; il confronto con le fotografie iniziali confermerà il miglioramento ottenuto;
- appuntamenti con l'igienista, semestrali o annuali, di richiamo delle sedute di igiene orale professionale, durante le quali si effettuerà un controllo del colore e dove, se necessario e gradito, Le verrà consegnato un breve trattamento di mantenimento per ravvivare il colore e ridare luminosità allo smalto.

POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

La informiamo che alcuni pazienti possono avvertire sensibilità, in particolare a carico dei denti inferiori, di intensità più o meno lieve, immediatamente o dopo alcune ore dal trattamento professionale.

Per sua tranquillità, La informiamo che questa sensibilità non significa che sia avvenuto un danno permanente ai denti, in quanto è assolutamente temporanea e reversibile nel giro di poche ore dalla fine del trattamento professionale.

Sarà di pertinenza dell'odontoiatra o dell'igienista valutare se interrompere o proseguire il trattamento.

Questa sensibilità può essere prevenuta o limitata:

- con applicazione immediata, post trattamento, di gel specifico desensibilizzante al fluoruro di sodio neutro (NaF 1,1%), o nitrato di potassio al 5% e fluoro, per 10 minuti;
- con l'utilizzo di desensibilizzanti impiegati con acqua tiepida;
- evitando di assumere cibi troppo caldi o troppo freddi, alimenti o soluzioni ipertoniche (salate) o acide (aceto, agrumi, ecc.);
- in alternativa, il medico potrà prescrivere un farmaco antidolorifico come ad esempio l'ibuprofene o altro, se da Lei tollerato.

ISTRUZIONI POST SBIANCAMENTO

Le prime ore successive al trattamento sono importanti per ottimizzare i risultati.

Durante le prime ore successive al trattamento, La preghiamo di non assumere cibi, dolci o bevande colorate o acide (cola, spremute). Per non fare un lungo elenco, consigliamo, in breve, di assumere solo cibi e bevande bianchi o chiari. Nel caso in cui non riuscisse a rinunciare a tè o caffè, consigliamo di assumerli con la cannuccia e di lavarsi subito dopo i denti.

PRODOTTO E METODICA IMPIEGATI PER IL SUO SBIANCAMENTO

L'odontoiatra o l'igienista hanno scelto per Lei la seguente procedura, in quanto più consona alle sue esigenze e al tipo di discromia dei suoi denti:

Nome commerciale dello sbiancante:

Principio attivo e concentrazione:

METODICA SCELTA

Sbiancamento professionale (in studio)

☐ FOTOATTIVATO CON LAMPADA

Numero di applicazioni:

Tempo di posa in studio:

Sbiancamento domiciliare

☐ CON MASCHERINA INDIVIDUALE O UNIVERSALE

Frequenza giornaliera:

Tempo di ogni applicazione:

Giorni di posa:

IL SUO COLORE PRIMA DELLO SBIANCAMENTO

B1 - A1 - B2 - D2 - A2 - C1 - C2 - D4 - A3 - D3 - B3 - A3.5 - B4 - C3 - A4 - C4

IL SUO COLORE DOPO LO SBIANCAMENTO

B1 - A1 - B2 - D2 - A2 - C1 - C2 - D4 - A3 - D3 - B3 - A3.5 - B4 - C3 - A4 - C4

Toni di sbiancamento guadagnati:

Paziente: (nome e cognome del paziente) - Codice fiscale: _____

Località e data

Albarè di Costermano sul Garda, ____ / ____ / _____

Visto, letto, approvato - sono a conoscenza di poter revocare il mio consenso.

Firma paziente: _____



CONSENSO INFORMATO all'utilizzo della Sedazione Cosciente con ossigeno e protossido d'azoto (Masterflux)

(ai sensi della legge 196 del 2003)

LA SEDAZIONE COSCIENTE

La sedazione cosciente è una metodica che ha lo scopo di rilassare e togliere la paura della seduta odontoiatrica; consiste in una miscela di ossigeno e protossido d'azoto che viene respirata attraverso una mascherina in gomma appoggiata sul naso del paziente.

Il protossido d'azoto è un gas analgesico sperimentato ed utilizzato sin dall'Ottocento, che viene eliminato semplicemente con la respirazione e risulta pertanto assolutamente innocuo, anche per il fatto che la macchina permette la somministrazione a percentuali controllate e personalizzate, appositamente studiate per l'utilizzo in odontoiatria.

Il costo a seduta è di € 40,00.

Le controindicazioni principali all'utilizzo della metodica sono:

- Impossibilità alla respirazione nasale per fatti infiammatori acuti o malformazioni anatomiche (deviazioni del setto nasale)
- Gravi disturbi della personalità ed altre malattie psichiatriche
- Malattie polmonari croniche ostruttive
- Asma
- Deficit di vitamina B12

Durante la sedazione il paziente entra in uno stato di rilassamento ma rimane sempre cosciente: apre e chiude la bocca ed esegue le indicazioni del dentista, mentre ansia, paura, stress e nervosismo vengono ridotti, lasciando spazio a una piacevole sensazione di benessere.

Unica precauzione consiste nell'essere a digiuno da almeno 2 ore prima della seduta, per evitare l'insorgenza di nausea.

A fine somministrazione il paziente torna completamente lucido nel giro di pochi minuti e può riprendere le normali attività.

La sedazione cosciente non evita l'uso dell'anestetico ma rende completamente indolore l'eventuale puntura.

Prima della seduta odontoiatrica si effettua una seduta di approccio in cui si fa conoscere la mascherina, si impara ad usarla e si stabilisce il baseline (la quantità minima di protossido per ottenere la sedazione).

Ricordiamo ancora che lo scopo di questa tecnica non è quello di eliminare l'anestetico (che, ove necessario, continuerà ad essere utilizzato), ma di dare piacevoli sensazioni di benessere e tranquillità.

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) , codice fiscale _____

dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia indicata nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicanze che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento.

Presto pertanto il mio consenso all'utilizzo della Sedazione Cosciente con ossigeno e protossido d'azoto.

Firma: _____

Firma operatore medico: _____

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____



CONSENSO INFORMATO all'utilizzo della Sedazione Cosciente con ossigeno e protossido d'azoto (Masterflux)

(ai sensi della legge 196 del 2003)

LA SEDAZIONE COSCIENTE

La sedazione cosciente è una metodica che ha lo scopo di rilassare e togliere la paura della seduta odontoiatrica; consiste in una miscela di ossigeno e protossido d'azoto che viene respirata attraverso una mascherina in gomma appoggiata sul naso del paziente.

Il protossido d'azoto è un gas analgesico sperimentato ed utilizzato sin dall'Ottocento, che viene eliminato semplicemente con la respirazione e risulta pertanto assolutamente innocuo, anche per il fatto che la macchina permette la somministrazione a percentuali controllate e personalizzate, appositamente studiate per l'utilizzo in odontoiatria.

Il costo a seduta è di € 40,00.

Le controindicazioni principali all'utilizzo della metodica sono:

- Impossibilità alla respirazione nasale per fatti infiammatori acuti o malformazioni anatomiche (deviazioni del setto nasale)
- Gravi disturbi della personalità ed altre malattie psichiatriche
- Malattie polmonari croniche ostruttive
- Asma
- Deficit di vitamina B12

Bambini

Il bambino entra in una situazione di sedazione ma rimane sempre cosciente, apre e chiude la bocca ed esegue le richieste del dentista: ansia, paura, stress, disagio e nervosismo vengono eliminati per lasciare spazio a una piacevole sensazione di benessere.

Unica precauzione consiste nell'essere a digiuno da almeno 2 ore (concessi 1 o 2 biscotti secchi ma niente liquidi) per evitare l'insorgenza di nausea.

A fine somministrazione, in 3 minuti il bambino ritorna completamente padrone di sé e può compiere qualunque tipo di attività.

La sedazione cosciente non evita l'uso dell'anestetico ma rende completamente indolore l'eventuale "punturina".

Prima della seduta odontoiatrica facciamo una seduta di approccio in cui si fa conoscere la mascherina, gli si insegna ad usarla e si stabilisce il baseline (la quantità minima di protossido per ottenere la sedazione).

Ricordiamo ancora che lo scopo di questa tecnica non è quello di eliminare l'anestetico (che, ove necessario, continuerà ad essere utilizzato), ma di dare piacevoli sensazioni di benessere e tranquillità.

SEZIONE CONSENSO DI ENTRAMBI I GENITORI PER PAZIENTE MINORENNE

Io sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE, in quanto GENITORE / TUTORE LEGALE del minore NOME E COGNOME PAZIENTE, dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle

terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della necessità di seguire, al termine delle cure eseguite, un adeguato programma di mantenimento (controlli periodici e sedute di igiene professionale secondo le indicazioni dello Studio), indispensabile per conservare nel tempo i risultati ottenuti e la salute del cavo orale.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma genitore: _____

Io sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) dichiaro di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse all'intervento.

Presto, pertanto, il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma genitore:

Timbro e firma operatore:

DA COMPILARE SE FIRMA UN SOLO GENITORE

DICHIARAZIONE DI CONSENSO E RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto/a NOME E COGNOME DEL GENITORE

nato/a il, residente in

in qualità di genitore / tutore legale del minore, nato/a a
il, autorizza e si assume la responsabilità per le cure dentali del minore presso
STUDIO AVORIO AMBULATORIO ODONTOIATRICO.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che l'altro genitore, NOME E COGNOME DELL'ALTRO GENITORE, ha già espresso il proprio consenso alle cure, oppure autorizza espressamente la presente firma a rappresentare entrambi i genitori per le suddette cure.

Consapevole delle responsabilità che ne derivano e ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la presente scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori; firma la presente dichiarazione in forma libera e consapevole.

Resta inteso che, nei casi di urgenza o di prestazioni indifferibili necessarie a tutelare la salute del minore, il consenso del genitore presente è sufficiente, anche in assenza dell'altro genitore.

Albarè di Costermano, ____ / ____ / _____

Firma del genitore:

