

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI CHIRURGIA ORALE

Sig. / Sig.ra

Via

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

Diagnosi:

.....

Descrizione dell'intervento

Eliminazione di una patologia in atto attraverso un intervento chirurgico locale. Estrazione di uno o più denti inclusi o semi-inclusi; asportazione di piccole cisti, radici. Possibile apertura di un lembo di accesso e relativa sutura. Nel suo caso:

.....
.....
.....
.....

Benefici dell'intervento

L'avulsione di un elemento dentario si può rendere necessaria per evitare processi infiammatori, danneggiamento dei denti adiacenti o nel suo caso:

.....
.....
.....
.....

Rischi dell'intervento

Sono relativi : all'impiego *inevitabile* di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza; alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici ; all'eventualità di ingestione accidentale di detti strumenti. a possibili lesioni ossee o parodontali: Si possono altresì ledere strutture quali in nervo alveolare inferiore (con susseguenti parestesie, anestesi, ecc.) o il seno mascellare.

Nel suo caso:

.....
.....
.....
.....

Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infezione, infiammazione o emorragia facilmente

controllabili. Raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della temperatura. Nel suo caso vi possono essere i seguenti rischi specifici:

.....
.....

Le complicazioni si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni del proprio dentista (allegate).

Possibili alternative

.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

Io sottoscritt dichiaro di essere stat informat e di aver compreso lo scopo e la natura degli atti di chirurgia orale indicati nel presente modulo, e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare.

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

Ravenna li / /

Firma del Paziente

Firma del Medico

.....

.....

