

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO ORTODONTICO

PAZIENTE

NATO/A il a.....

RESIDENTE

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento gi 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.

Lo scopo di questo modulo di avere il suo consenso al trattamento ortodontico dopo averle riassunto in forma scritta le informazioni, gi oralmente fornite in modo dettagliato nel corso della visita, relative alla terapia proposta ed ai problemi che potrebbero verificarsi durante e/o dopo l'esecuzione della stessa.

DIAGNOSI (cfr. Scheda seguente)

- OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO

Obiettivi del trattamento ortodontico sono: raggiungere un buon allineamento dentale ed un corretto rapporto tra le arcate nel rispetto dei tessuti molli e dell'articolazione temporo-mandibolare.

Per un favorevole svolgimento e successo della terapia il paziente deve impegnarsi a:

presentarsi agli appuntamenti prestabiliti

mantenere i denti ben puliti

portare gli apparecchi secondo i modi ed i tempi indicati seguendo attentamente le istruzioni date

comunicare tempestivamente eventuali variazioni nell'assetto dell'apparecchio (distacco di bande, di attacchi, ecc.)

seguire con scrupolo la fase di contenzione

- RISCHI DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO

Il trattamento ortodontico, come qualsiasi atto medico, presenta alcuni rischi che si possono verificare anche durante una terapia eseguita nel migliore dei modi.

L'ingombro per la presenza dell'apparecchiatura pu provocare, specialmente nelle fasi iniziali della terapia, disagi nella vita di relazione con difficolta soprattutto nel mangiare e nel parlare.

La pressione sulle guance e sulle labbra pu determinare, nei primi giorni di applicazione dell'apparecchiatura, fastidio pi o meno intenso che scompare dopo la fase di adattamento.

Una sensazione dolorosa di varia entita pu presentarsi dopo 2-3 ore e per circa 2-3 giorni dopo ogni attivazione dell'apparecchiatura ortodontica.

Allergie non note ai materiali utilizzati (resine, nickel, ecc.) possono costringere alla interruzione del trattamento..

Il distacco o la rottura delle apparecchiature ortodontiche devono essere subito comunicate perché eventuali frammenti possono essere accidentalmente ingeriti o aspirati o ledere le gengive e le guance.

Carie, infiammazioni gengivali, decalcificazioni dei denti possono verificarsi se gli alimenti consumati contengono zucchero in quantit eccessiva e/o non si provvede ad una accurata e continua pulizia. Gli apparecchi ortodontici di per sé non provocano carie ai denti, o infiammazioni gengivali, ma a causa della loro presenza si ha un maggiore accumulo di placca batterica per cui è fondamentale osservare una scrupolosa igiene orale.

L'accorciamento delle radici dei denti si può verificare, in alcuni casi, durante il trattamento ortodontico. Di solito questo non comporta conseguenze, ma qualche volta pu costituire un problema con perdita di vitalità e notevole riduzione della durata nel tempo del dente o dei denti interessati da questo accorciamento.

La comparsa di dolori o rumori all'articolazione temporo-mandibolare dovranno essere immediatamente comunicati all'ortodontista. Tali disturbi possono presentarsi durante il trattamento ortodontico come in qualsiasi altro momento della vita. Il ruolo del contatto fra i denti non chiaro non esistendo, al momento, prove scientifiche che ne indichino l'importanza per l'insorgenza di questa patologia.

Disallineamento. I denti possono presentare una tendenza a muoversi dopo l'allineamento ortodontico. L'uso scrupoloso dell'apparecchio di contenzione che le verr consegnato a fine terapia diminuisce questo rischio. Vi possono essere, per, altre cause, al di fuori del controllo dell'ortodontista (deglutizione infantile, respirazione con la bocca, eruzione dei denti del giudizio, crescita scheletrica, abitudini viziate), che possono provocare cambiamenti anche profondi. Per queste ragioni la fase di contenzione importante quanto quella della terapia attiva e deve durare il pi a lungo possibile.

L'estrazione dei denti del giudizio pu rendersi necessaria, anche a distanza dalla fine del trattamento ortodontico, nel caso di mancanza di spazio per una corretta eruzione in arcata degli stessi.

Lesioni dello smalto dei denti possono raramente verificarsi durante lo smontaggio delle apparecchiature fisse al termine del trattamento.

Non sottoporsi al trattamento ortodontico potrebbe determinare uno o più dei seguenti inconvenienti:

- a) aggravamento della malocclusione esistente;
- b) turbe della masticazione e della digestione;
- c) affezioni della mucosa orale (infiammazioni gengivali, periodontiti, ecc.);
- d) compromissione dell'estetica del viso;
- e) alterazioni a carico dell'articolazione temporo-mandibolare.

Il trattamento può richiedere un periodo pi lungo del previsto. Una crescita ossea in eccesso o in difetto, un ritardata eruzione dei denti permanenti, una scarsa igiene orale, il non portare per il numero di ore raccomandate gli eventuali dispositivi consegnati, la rottura degli apparecchi e i mancati appuntamenti possono prolungare il trattamento e comprometterne il risultato.

Si raccomanda di seguire scrupolosamente le istruzioni date per l'uso delle apparecchiature ortodontiche in quanto un incauto utilizzo delle stesse possono provocare anche gravi lesioni (viso, occhi, guance ecc.).

Il sottoscritto.....dichiara di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia ortodontica, di aver avuto tutte le ulteriori informazioni richieste sul piano di trattamento proposto e di aver altres consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento. Presto pertanto il mio consenso alla terapia ortodontica che mi stata dettagliatamente illustrata e spiegata e a tutte le relative registrazioni necessarie (impronte, fotografie, radiografie).

DATA

FIRMA DEL PAZIENTE

(o di chi esercita la patria potestà)

FIRMA DEI GENITORI

FIRMA DEL MEDICO