

Istruzioni di utilizzo per i dispositivi protesici

Il manufatto protesico che Le è stato applicato è un dispositivo medico su misura ed è stato realizzato dall'odontotecnico che fornisce questo Studio odontoiatrico, sulla base della prescrizione formulata per iscritto dallo studio medesimo e nel pieno rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 46/97 (Direttiva C.E. 93/42) sui dispositivi medici.

Anche se la ricerca ha consentito di sviluppare materiali dentali di grande efficacia e sicurezza per la fabbricazione di protesi dentarie tali dispositivi non sono i ritrovati alternativi ai denti naturali, ma solo la soluzione sostitutiva in caso della loro mancanza.

Pertanto la protesi applicata provvede a restaurare il suo organo della masticazione senza tuttavia riportarlo alla funzione di un organo interno.

Al fine di consentirle un uso sicuro ed adeguato della sua protesi è opportuno che consideri attentamente le seguenti indicazioni:

- La protesi che Le è stata applicata va periodicamente mantenuta e controllata monitorandola **ogni sei mesi**; La sollecito quindi a mantenere i futuri appuntamenti per tali controlli.
- L'**igiene domiciliare** che Le è stata insegnata va mantenuta scrupolosamente per poter consentire una buona durata dei denti che sostengono la protesi ed un corretto stato di salute del suo apparato di sostegno. Gli studi scientifici concordano sul fatto che il successo a medio-lungo termine delle riabilitazioni implanto-protesiche sia strettamente dipendente da un rigoroso e costante controllo della placca batterica, in assenza del quale possono svilupparsi infezioni a carico dei tessuti molli (le gengive) e dei tessuti duri (l'osso) che possono portare alla perdita degli impianti.
- La protesi è stata costruita per una funzione masticatoria sostitutiva, non è adatta per carichi eccessivi o traumi violenti (schiacciare noci o torrone duro, aprire tappi, spezzare oggetti ecc.) oppure cibi gommosi (caramelli o gomme americane).
- a tutti i pazienti con parafunzioni (digrignamento e serramento) al termine del lavoro protesico, è fortemente consigliato l'utilizzo di un **bite** protettivo (apparecchio in resina trasparente), al fine di prevenire eventuali rotture del rivestimento estetico.
- Nel caso si riscontrasse qualsiasi anomalia nella funzione masticatoria è necessario che informi lo studio per le verifiche opportune.
- La protesi potrebbe necessitare di correzioni e controlli dopo i primi tempi di utilizzo.
- Ogni protesi durante i primi tempi può dare sensazioni o impressioni nuove o strane.
- Nel caso la protesi acquistasse strane colorazioni o desse strani sapori in bocca è pregato di segnalarcelo al primo controllo.
- Eviti di masticare per alcune ore sulla protesi fissa che Le è stata cementata per permettere al cemento un indurimento completo.
- Se avverte fastidi quali sensazione di mobilità della protesi, cattivi odori o sapori, dolore ai cibi o ai liquidi caldi e/o freddi, contatti lo studio evitando di masticare sulla zona interessata.
- Se avverte problemi nella chiusura dei denti fra loro (la protesi tocca prima degli altri denti; fastidi durante la masticazione o altro) contatti lo studio.

La garanzia protesica resta attiva a condizione che il paziente segua le istruzioni sopra elencate e che saranno impartite al momento della consegna della protesi definitiva.

Condizione di efficacia ed operatività della garanzia è che il paziente segua il piano di mantenimento concordato e rispetti la date previste per i controlli programmati (richiami di igiene orale e controlli radiografici), con una tolleranza massima di una settimana.

In caso di mancata ottemperanza alle prescrizioni concordate e sottoscritte dal paziente al momento dell'accettazione del piano terapeutico, la garanzia non sarà più efficace né operativa.

Nella cartella clinica è riportato il suo "Piano di Mantenimento Concordato", ove risulteranno tutte le sedute terapeutiche a cui verrà sottoposto.

Di seguito troverà il modello della "Protezione sulla riabilitazione implanto-protesica".

Ringraziandola per la fiducia accordata, lo Studio le porge i più cordiali saluti.



dott. Mario Putero

Il Sottoscritto _____

dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver preso visione quanto esposto sopra.

Data _____

Firma del paziente _____



Protezione Riabilitazione Protesica/Implanto-Protesica

Protezione sulla riabilitazione implanto-protetica

Periodo di 12 mesi che va da (Inserire mese/anno) a (Inserire mese/anno).....

Paziente..... Nato a..... Il.....

Piano di mantenimento concordato in data

Ogni 2 mesi Ogni 3 mesi Ogni 4 mesi Ogni 6 mesi Ogni 12 mesi

Data della seduta	Compliance paziente (quanto il paziente segue le Istruzioni fornite per un corretto mantenimento)			Note	Firma dell'operatore
	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> bassa		
	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> bassa		
	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> bassa		
	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> bassa		
	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> bassa		

Data

Firma del paziente.....

Firma dell'operatore con cui è stata concordata la cadenza del richiamo periodico.....

Protezione sulla riabilitazione implanto-protetica

Periodo di 12 mesi che va da (Inserire mese/anno) a (Inserire mese/anno).....

Paziente..... Nato a..... Il.....

Piano di mantenimento concordato in data

Ogni 2 mesi Ogni 3 mesi Ogni 4 mesi Ogni 6 mesi Ogni 12 mesi

Data della seduta	Compliance paziente (quanto il paziente segue le Istruzioni fornite per un corretto mantenimento)			Note	Firma dell'operatore
	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> bassa		
	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> bassa		
	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> bassa		
	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> bassa		
	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> bassa		

Data

Firma del paziente.....

Firma dell'operatore con cui è stata concordata la cadenza del richiamo periodico.....

AL NEOPORTATORE DI PROTESI MOBILE

Data _____

Gentile Paziente,

questa lettera è concepita per metterLa in grado, nel più breve tempo possibile, di ottenere il massimo confort della Sua nuova protesi.

Il dentista si preoccupa del Suo benessere e perciò ha bisogno della Sua collaborazione, particolarmente in questo periodo iniziale. Ogni nuova protesi provoca inizialmente dei disturbi alle gengive e il dentista potrà determinare, proprio attraverso quelle *zone doloranti*, i punti che dovrà “ritoccare”, pertanto, quando Si recherà dal dentista per il “ritocco”, è necessario indossare la protesi (seppur dolente!) durante la mezza giornata che precede l'appuntamento.

Non credete a coloro che dicono di non aver mai avuto problemi con la protesi nuova, probabilmente hanno dimenticato il periodo di “assestamento”.

Anche un **aumento della salivazione**, all'inizio, è normale: è un meccanismo di difesa dell'organismo al nuovo “corpo estraneo” appena introdotto nella bocca; per questo motivo e per migliorare la **fonetica** consigliamo l'uso di caramelle dure.

Ricordate che la dentizione naturale impiega 12 anni a completarsi e, quindi, si ha tutto il tempo per abituarsi ad essa, per cui nessuno deve pretendere di adattarsi alla protesi in pochi giorni o settimane.

Dopo una settimana, generalmente, incomincerà ad abituarsi.

dott. Mario Putero