

Nella terapia odontoiatrica è molto spesso necessario praticare l'anestesia: si tratta di **anestesia locale** che si effettua con una iniezione vicina al dente od alla parte da curare oppure direttamente sul tronco nervoso principale nell'arcata inferiore, nel qual 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, Ipertensioni Arteriosa, Malattie Ischemiche, Ipertiroidismo, Diabete, Glaucoma, e nel corso di Gravidanza accertata od anche solo presunta.

Sono possibili EFFETTI COLLATERALI più spesso di natura nervosa quali eccitamento, tremori, disorientamento e vertigini. Anche sudorazione, nausea e vomito.

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 e 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**

È difficile proporre delle alternative all'uso dell'anestesia locale se non nei casi nei quali è possibile effettuare la terapia senza il bisogno dell'anestesia (detartrasi, piccole cure e poco più).

#### **ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE**

---

---

---

---

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura dell'**anestesia locale** in terapia odontoiatrica e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivarne.

Presto pertanto il mio assenso all'uso dell'anestesia locale nel corso degli interventi e delle terapie odontoiatriche.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico

---

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

Rimozione con apposito strumentario della **carie** ed eventualmente del tessuto pulpare (Devitalizzazione), con successiva ricostruzione del dente. Nel suo caso:

- CONSERVATIVA**  
 **ENDODONZIA**

### Benefici dell'intervento

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

### 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; alla fuoriuscita oltre apice di ipoclorito di sodio con conseguente necrosi dei tessuti apicali.

### Materiali impiegati

Otturazione provvisoria: \_\_\_\_\_

Otturazione definitiva:  Composito;  Amalgama di Argento;  altro \_\_\_\_\_

Otturazione del canale radicolare:  cemento AH-plus;  guttaperca;  altro \_\_\_\_\_

Perni endocanalari costituiti da:  fibra di vetro (quarzo);  altro \_\_\_\_\_

### Complicazioni

Una volta effettuata l'otturazione, è possibile la permanenza per tempi più o meno lunghi di sensibilità termica o ad alcune sostanze; è possibile che ci sia un accentuazione dei sintomi che rendano necessaria la devitalizzazione dell'elemento per evitare la diffusione dell'infezione. Un'otturazione in **amalgama** può in rari casi, causare una pigmentazione scura del dente e/o dei tessuti circostanti. Una ricostruzione in materiale **composito** può nel tempo cambiare tonalità di colore. In caso di **Terapia canalare** è possibile avvertire temporaneamente alcuni sintomi spiacevoli quali, ad esempio, dolore o sensazione di allungamento del dente. I denti devitalizzati possono risultare più fragili del normale. In alcuni casi è possibile che sia necessario provvedere alla protesizzazione, alla resezione del suo apice (apicectomia) o all'estrazione dell'elemento dentario.

### Possibili alternative

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

*Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della **terapia conservativa e/o endodontica** indicata nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state dettagliatamente illustrate e spiegate e a tutte le registrazioni necessarie (impronte, fotografie, radiografie).*

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico



**STUDIOPUTERO**

Odontoiatria e Protesi Dentaria

dr. Maria Putero

## NOTE INFORMATIVE E CONSENSO AD INTERVENTO DI IGIENE ORALE E PREVENZIONE

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

- Applicazione topica di **fluoro** \_\_\_\_\_
- Applicazione topica di **sigillanti** \_\_\_\_\_
- Applicazione topica di agenti **desensibilizzanti** \_\_\_\_\_
- Applicazione professionale di **agenti sbiancanti** \_\_\_\_\_
- Rimozione tartaro e smacchiamento** allo scopo di arrestare la gengivite e conseguente perdita di gengiva e/o di osso con rischio di perdita del dente \_\_\_\_\_

### Benefici dell'intervento

Prevenzione delle patologie dento-parodontali; miglioramento dell'estetica restituendo il colore naturale del dente; riduzione della sensibilità dentinale; miglioramento della stabilità dei denti e della loro prognosi (permanenza in bocca) e dell'eventuale appoggio protesico successivo. 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 lesioni ossee o parodontali; raramente aumento della mobilità fino alla perdita del dente.

Nel Suo caso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere aumento della sensibilità dei denti, dolore (controllabile farmacologicamente), infezione, infiammazione (con gonfiore ed ecchimosi nella guancia e nelle zone adiacenti la sede dell'intervento) o emorragia (facilmente controllabile). Raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della temperatura. Tutte le complicazioni immediate ed a distanza vengono notevolmente ridotte attenendosi scrupolosamente alle indicazioni dell'odontoiatra (allegate) ed attenendosi ai tempi consigliati per i controlli a distanza.

Nel Suo caso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Possibili alternative

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della **seduta di igiene orale, delle annesse procedure di profilassi** indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate, dichiarandomi nel contempo disponibile alla esecuzione di quegli esami radiografici, tutti caratterizzati da bassa emissione di radiazioni, cui il medico curante riterrà opportuno io mi sottoponga e ai **Richiami Periodici** \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**STUDIOPUTERO**

Odontoiatria e Protesi Dentaria

dr. Mario Putero

## NOTE INFORMATIVE E CONSENSO AD INTERVENTO DI **CHIRURGIA PARODONTALE**

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

**Debridement parodontale:** rimozione tartaro sottogengivale asportazione del tessuto granulomatoso e dei fattori irritativi locali.

**Chirurgia ossea resettiva:** ha lo scopo di eliminare piccoli difetti ossei e tasche gengivali causati dalla malattia al fine di restituire una conformazione ossea e gengivale fisiologica. L'eliminazione di suddetti difetti comporta lo spostamento della cresta ossea e del margine gengivale a livelli più apicali, cioè in direzione delle radici del dente.

**Chirurgia rigenerativa** dei tessuti di supporto del dente allo scopo di ripristinare la corretta anatomia parodontale, rigenerando i tessuti persi. Le tecniche rigenerative prevedono l'utilizzo di piccoli innesti di osso associati a membrane o a fattori di crescita che stimolano selettivamente la rigenerazione dei tessuti parodontali e ne favoriscono la guarigione.

**Chirurgia dei tessuti molli orali/gengivali:** la chirurgia parodontale mucogengivale si applica nei pazienti in cui la malattia parodontale o il trauma da spazzolamento scorretto abbiano creato delle **recessioni delle gengive** con conseguente allungamento dei denti. Le recessioni gengivali comportano gravi problemi di carattere estetico e spesso di eccessiva sensibilità dei denti al caldo e al freddo. Ove necessario si attuano delle procedure che consentono la totale o parziale ricopertura delle recessioni gengivali ed il ripristino di un adeguata morfologia del dente. Tali metodiche possono comportare il prelievo di sottili innesti di gengiva dal palato da posizionare nell'area ove è necessaria la ricopertura radicolare. Unico disagio nel periodo post operatorio è un certo bruciore nella zona di prelievo nel palato. Nel suo caso:

CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE  **con**(CAF+CTG)  **senza** INNESTO DI TESSUTO CONNETTIVO

#### Benefici dell'intervento

Prevenzione delle patologie dento-parodontali; miglioramento dell'estetica restituendo il colore naturale del dente; miglioramento della stabilità dei denti e della loro prognosi (permanenza in bocca) e dell'eventuale appoggio protesico successivo. Correzione di recessioni gengivali con incremento della gengiva aderente.

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 lesioni ossee o parodontali; raramente aumento della mobilità fino alla perdita del dente. Nel Suo caso: \_\_\_\_\_

#### Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere aumento della sensibilità dei denti, dolore (controllabile farmacologicamente), infezione, infiammazione (con gonfiore ed ecchimosi nella guancia e nelle zone adiacenti la sede dell'intervento) o emorragia (facilmente controllabile). Raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della temperatura. Tutte le complicazioni immediate ed a distanza vengono notevolmente ridotte attenendosi scrupolosamente alle indicazioni dell'odontoiatra (**allegate**) ed attenendosi ai tempi consigliati per i controlli a distanza. Nel Suo caso: \_\_\_\_\_

#### Possibili alternative

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

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della **chirurgia parodontale e rigenerativa** indicate nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate, dichiarandomi nel contempo disponibile alla esecuzione di quegli esami radiografici, tutti caratterizzati da bassa emissione di radiazioni, cui il medico curante riterrà opportuno io mi sottoponga e ai **Richiami Periodici** \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico



**STUDIOPUTERO**

Odontoiatria e Protesi Dentaria

dr. Mario Putero

## NOTE INFORMATIVE 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; asportazioni di piccole cisti/neoformazione, 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 il nervo alveolare inferiore (con susseguenti parestesie, anestesie, ecc.) o il seno mascellare.

Nel suo caso: \_\_\_\_\_

### Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infezione, infiammazione e 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 (consegnate).

### Possibili alternative

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

*Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a 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. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.*

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico



## NOTE INFORMATIVE E CONSENSO AD INTERVENTO DI ESTRAZIONE DEI DENTI DEL GIUDIZIO INF.

Il suo Dente del Giudizio (Dx , Sn ) non ha spazio sufficiente per spuntare normalmente. Rimane completamente coperto dall'osso (fig.1) oppure spunta solo in parte (fig.2).

L'estrazione chirurgica che le consigliamo, è resa necessaria:

- da processi infiammatori della gengiva e dell'osso nella zona del dente, in particolare per denti spuntati solo in parte
- da formazione di cisti intorno alla corona del dente
- perché vi è il rischio di danni a carico del dente vicino (carie, tasche gengivali, ecc.)
- per motivi ortodontici
- prima dell'applicazione di una protesi, in mancanza di denti

### Intervento

In anestesia locale, più raramente in anestesia generale o in sedazione intravenosa, si scolla la gengiva e si rimuove l'osso che ricopre ancora il dente. Il dente così scoperto può essere estratto con una leva o una pinza; in casi particolari è necessario prima tagliarlo. Si procede poi alla sutura della gengiva.

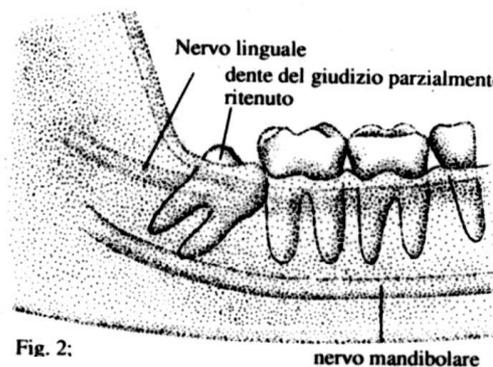
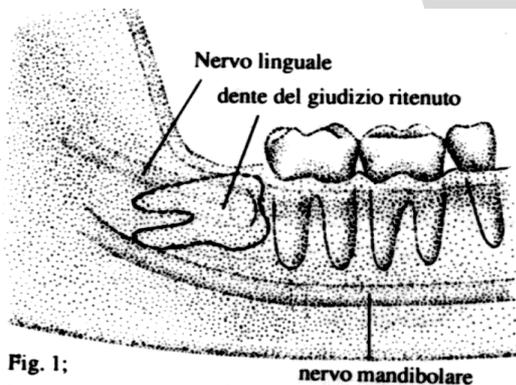
Dopo l'intervento possono insorgere un gonfiore della guancia, una diminuzione dell'apertura della bocca e difficoltà di deglutizione, che di norma diminuiscono entro 3-4 giorni. Dopo una settimana la guarigione della ferita è in gran parte terminata. Un rialzo febbrile fino a 38,5°C dopo l'intervento è ancora da considerarsi normale. Si raccomanda di seguire scrupolosamente le istruzioni che le verranno impartite e la terapia prescritta. Nel suo caso: \_\_\_\_\_

### Possibili complicanze

Le radici del dente, specie se profondo, possono essere in contatto con un nervo che si trova all'interno dell'osso e per questo si può verificare, durante l'estrazione, la lesione del nervo stesso. Tale lesione può provocare una sensazione di intorpidimento (formicolio) di metà del labbro inferiore dello stesso lato che è in genere temporaneo (qualche settimana o qualche mese), raramente duraturo.

Molto raramente, l'anestesia e l'intervento in sé, possono portare alla lesione di un altro nervo vicino, che può manifestarsi con formicolio e disturbi del gusto a carico di metà lingua.

In genere non sono da temere conseguenze permanenti. Nel suo caso: \_\_\_\_\_



Se desidera altre informazioni sul trattamento o sulle possibili complicanze, non esiti a chiederle.

### DICHIARAZIONE DEL PZ DOPO COLLOQUIO INFORMATIVO COL MEDICO:

Il Dott. \_\_\_\_\_ ha oggi avuto un colloquio informativo con me; ho avuto la possibilità di porre tutte le domande di mio interesse. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato.

- Acconsento all'intervento proposto.  
 Non acconsento all'intervento.

Nel caso di rifiuto dell'intervento: sono stato informato delle possibili conseguenze negative del mio rifiuto.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico



STUDIOPUTERO

Odontoiatria e Protesi Dentaria

dr. Marco Putero

## NOTE INFORMATIVE E CONSENSO AD INTERVENTO DI PROTESI FISSA

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

Manufatti protesici di vario tipo, in appoggio sulla dentatura residua, verranno eseguiti ove è necessario, in modo da restituire possibilmente una corretta funzione ed estetica alla bocca.

Nel Suo caso:

#### Benefici dell'intervento

Attraverso l'apposizione di una protesi fissa, si cerca di ristabilire funzione, estetica e solidità nei settori interessati all'intervento. In particolare, 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; a volte, si può rendere necessario devitalizzare uno o più elementi in relazione al sacrificio biologico di tessuto dentale; alla durata della terapia, a volte disagiata a causa della permanenza di protesi provvisorie. In particolare nel Suo caso:

#### Materiali impiegati

Metallo-ceramica;  zirconio integrale;  zirconio-ceramica;  altro \_\_\_\_\_

Perni endocanalari costituiti da \_\_\_\_\_

#### Complicazioni

Una volta effettuata la protesi, è necessaria una corretta igiene orale, per salvaguardare il sigillo a livello gengivale. Inoltre eventuali imperfezioni tecniche del manufatto non visibili (es.: bolle d'aria nell'armatura o nella ceramica) non sono imputabili all'odontoiatra.

#### Possibili alternative \_\_\_\_\_

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

*Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della **riabilitazione protesica** indicata nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state dettagliatamente illustrate e spiegate e a tutte le registrazioni necessarie (impronte, fotografie, radiografie).*

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico



**STUDIOPUTERO**

Odontoiatria e Protesi Dentaria

dr. Mario Putero

## NOTE INFORMATIVE E CONSENSO AD INTERVENTO DI PROTESI MOBILE

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** \_\_\_\_\_ EDENTULIA \_\_\_\_\_

### Descrizione dell'intervento

**Protesi parziale:** protesi rimovibile con appoggio dentale e mucoso.

**Protesi totale:** protesi rimovibile a totale appoggio mucoso.

Le protesi vengono costruite su modelli derivati da impronte di precisione rilevate sul paziente.

### Benefici dell'intervento

Attraverso l'apposizione di una protesi mobile, si cerca di ristabilire funzione masticatoria e l'estetica al paziente. In particolare, nel Suo caso:

\_\_\_\_\_

### Rischi dell'intervento

L'appoggio mucoso può portare nel tempo ad un aumento del riassorbimento dell'osso alveolare. In particolare, nel Suo caso:

\_\_\_\_\_

### Materiali impiegati

Lega metallica composta da \_\_\_\_\_

Resina costituita da \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

### Complicazioni

In genere non particolarmente rilevanti, e a cui si può facilmente rimediare, effettuando controlli regolari dell'odontoiatra. E' possibile che la protesi possa causare lesioni da decubito sulla mucosa e maggiore sensibilità termica, parodontale e alla carie degli elementi portanti. La protesi totale può non essere stabile, a causa della quantità, qualità e conformazione dell'osso residuo, e ciò può variare nel tempo. Una non corretta igiene della protesi può portare infezioni e/o degenerazioni della mucosa orale.

### Possibili alternative

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

\_\_\_\_\_

*Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della **protesi mobile** indicata nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.*

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Inserimento di una o più viti in titanio nell'osso mascellare o mandibolare per ottenere un valido supporto per protesi fissa o mobile. Nel suo caso è prevista l'inserzione di:

Un impianto può necessitare di un **secondo intervento (scappucciamento)** dopo un periodo di tempo variabile, in funzione della metodica impiegata e delle condizioni dei tessuti biologici del paziente, prima di essere caricato con il manufatto protesico. Durante la fase intraoperatoria, per ottimizzare il risultato estetico o per far **rigenerare** del tessuto osseo necessario ad una migliore stabilizzazione dell'impianto, potrebbe rendersi necessaria l'utilizzo di **membrane riassorbibili** o non riassorbibili e/o di **"osso sintetico"** (osso bovino/equino essiccato e deproteinizzato, idrossiapatite, derivati del corallo etc.). Sia le membrane che i sostituti ossei, se di origine organica, non possono in sé trasmettere in alcun modo malattie infettive. In alcuni casi di atrofia ossea del mascellare superiore posteriore risulta necessario l'intervento di **Rialzo del seno mascellare o sinus lift** che consiste, previa apertura della gengiva e dell'osso sottostante, nell'inserimento chirurgico nel seno di osso eterologo per ottenere una neoformazione ossea che permetta di introdurre degli impianti che supporteranno, successivamente, l'inserimento di una protesi fissa implantare.

### Benefici dell'intervento

Possibilità di sostituire denti mancanti o di avere elementi stabilizzanti nelle protesi mobili. 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 non frequente possibilità di insuccesso dell'osteointegrazione per cause non prevedibili; alla necessità di più interventi nella stessa zona; alla possibilità intraoperatoria di ricorrere all'inserimento di membrane riassorbibili o non riassorbibili a seconda delle necessità terapeutiche individuali, o all'utilizzo di osso sintetico (osso bovino liofilizzato, idrossiapatite, derivati del corallo o della porcellana per citare alcuni dei "riempitivi" comuni) nell'evenienza che il sito impiantare non offra garanzie di solidità sufficiente del supporto osseo; alla lunghezza del periodo che intercorre tra inizio e fine terapia. Risultati estetici ottimali e duraturi sono talvolta difficili da ottenere. In caso di **Rialzo del Seno Mascellare** è possibile la lacerazione della membrana del seno in fase di scollamento se molto sottile (in tal caso si riesegue l'intervento dopo 6 mesi).

### Materiali impiegati

- Vite in titanio.
- Biomateriali di riempimento per difetti ossei (osso bovino/equino liofilizzato, idrossiapatite, derivati del corallo, derivati della porcellana).
- Membrane riassorbibili e non riassorbibili.

Nel Suo caso:

### Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infezione, infiammazione e o emorragia facilmente controllabili. L'impianto può non integrarsi e dare luogo a infezione nei primi mesi. Raramente si possono ledere strutture quali il nervo alveolare inferiore (che può provocare alterazione della sensibilità temporanea o permanente del labbro inferiore) o il seno mascellare (che può provocare sinusiti acute o croniche od infezioni acute). In caso di rialzo del seno mascellare, molto raramente sono stati segnalati empiema del seno controllabile mediante medicazioni specifiche e solo in rarissimi casi può verificarsi una comunicazione permanente fra le due cavità (fistola) che deve essere corretta con un ulteriore intervento chirurgico. La percentuale di successo a 10 anni riportata in letteratura varia, a secondo dei vari autori, dall'80% al 95%.

### Impegno con il medico curante

Le riabilitazioni protesiche su impianti osteointegrati necessitano di essere mantenute in un perfetto stato di igiene orale. Sono previste visite di controllo ogni 4 mesi nel primo anno ed ogni 6 mesi negli anni successivi. Il mancato rispetto delle suddette visite di controllo e delle relative manovre di igiene professionale sugli impianti può compromettere il risultato della riabilitazione.

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

*Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della **chirurgia implantare osteointegrata** indicata nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate, dichiarandomi nel contempo disponibile alla esecuzione di quegli esami radiografici, tutti caratterizzati da bassa emissione di radiazioni, cui il medico curante riterrà opportuno io mi sottoponga.*

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico

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**

Dichiaro che in data odierna è stato proposto la mia attenzione è chiaramente mostrata:

- 1) il piano di cura, relativo alla terapia con bite che potrò intraprendere;
  - 2) il costo del trattamento e le modalità di pagamento;
  - 3) Che cos'è il **bite**: il bite è un dispositivo mobile che nella maggior parte dei casi consente di rilassare la muscolatura della masticazione, attenuando sensibilmente eliminando completamente eventuali dolori, click, acufeni e vertigini presenti.
- Il bite, se portato correttamente (giorno e notte, tranne durante i pasti), nella maggior parte dei casi, può favorire un'eventuale riposizionamento mandibolare ed essere finalizzata ad una successiva terapia ortodontica, protesica o conservativa.
- 4) Durante la terapia Bite, possono comparire altri click, dolori e fastidi di solito passeggeri. Non si esclude tuttavia che alcuni sintomi iniziali possono lasciare reliquati dipendenti da fattori biologici non valutabili.

### **Sono stato messo a conoscenza che ho compreso quanto segue:**

- A) I dati raccolti relativi al paziente (anamnesi, esame obiettivo, eventuali esami strumentali, ecc.) possono essere utilizzati ai fini scientifici, mantenendo salde le garanzie di anonimato o segreto professionale, in accordo con le norme dell'art. 662 e la legge 196 del 30/06/2013 sulla "privacy".
- B) informazioni generali su che cosa comporta intraprendere una terapia con bite.
- C) il trattamento con bite, come qualunque terapia medica, ha alcuni rischi limiti, che sono stati presi d'esame prima di intraprendere il trattamento.
- D) Per espletare le cure verranno impiegate sostanze chiama superato controlli di qualità e certificazione secondo la normativa europea 93/42 che vigila sull'uso dei dispositivi medici;
- E) sono tuttavia segnalate reazioni di natura allergica di ipersensibilità; pertanto qualsiasi effetto collaterale dovrà essere segnalato all'Odontoiatra curante.

### **Informazioni generali**

*Appuntamenti:* I Visita - Impronta per bite - Consegna apparecchio - Visita di controllo.

Nella maggior parte dei casi è possibile soddisfare le richieste del paziente per il giorno è l'ora dell'appuntamento, ma, se necessario, l'appuntamento sarà deciso dall'odontoiatra curante.

*Attività sportiva:* o sport può essere praticato senza problemi particolari.

*Fastidio:* quando viene applicato l'apparecchio, per alcuni giorni, se portato sempre, la pronuncia di alcuni fonemi risulta alterata; successivamente la pronuncia migliora notevolmente devono essere presenti dolorifici finalizzati dolore dei muscoli della masticazione.

### **Rischi e limiti della terapia Bite**

La durata della terapia può essere più lunga del previsto ed i risultati possono non essere quelli previsti. Questo può dipendere da:

- Mancanza di collaborazione da parte del paziente. Le prescrizioni dell'odontoiatra prescrivente devono essere seguite scrupolosamente.
- Appuntamenti mancati o ritardare.
- Fattori biologici non valutabili prima dell'inizio della terapia.

Il trattamento con Bite si intende completato con il raggiungimento del miglior risultato possibile a giudizio dell'odontoiatra curante.

In corso di terapia con Bite è opportuno informare l'odontoiatra prescrivente di eventuali nuovi problemi medici che non erano presenti al momento della compilazione dell'anamnesi medica iniziale e che possono rendere necessari modifiche della terapia con bite. Il paziente è tenuta a comunicare la sua eventuale decisione di interrompere la cura. Il bite non va indossato selezionato, rotto, se non risulta ritentivo (cade dai denti spontaneamente in bocca) senza la volontà di essere rimosso. Va conservato nell'apposito contenitore lontano da fonti di calore, lavato con dentifricio e spazzolino.

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della **terapia gnatologica** indicata nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare od essere connesse al seguente intervento. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state dettagliatamente illustrate e spiegate e a tutte le registrazioni necessarie (impronte, fotografie, radiografie).

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico



STUDIOPUTERO

Odontoiatria e Protesi Dentaria

dr. Mario Putero

## NOTE INFORMATIVE E CONSENSO AD INTERVENTO DI ORTODONZIA

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 \_\_\_\_\_

**Obiettivi del trattamento ortodontico:** raggiungere un buon allineamento dentale ed un corretto rapporto tra le arcate rispetto dei tessuti molli e delle articolazioni temporo-mandibolari.

La necessità di inserire un **mini-impianto** in una sede precisa dell'arcata può talora richiedere lo spostamento ortodontico di uno o più denti naturali, al fine di creare le condizioni ottimali per la riabilitazione protesica. In questi casi non necessariamente il trattamento ortodontico deve precedere la chirurgia implantare; talora infatti l'inserimento precoce dell'impianto può facilitare il compito dell'ortodontista, potendo l'impianto fungere da valido elemento di ancoraggio per lo spostamento dei denti naturali. Per un favorevole svolgimento e successo della terapia, il paziente deve impegnarsi a:

- 1) presentarsi agli appuntamenti prestabiliti;
- 2) mantenere i denti puliti;
- 3) portare gli apparecchi secondo i modi e i tempi indicati seguendo attentamente le istruzioni date;
- 4) comunicare tempestivamente eventuali variazioni nell'assetto dell'apparecchio (distacco di bande, di attacchi, di fili, ecc);
- 5) seguire con scrupolo la fase di contenzione.

### Rischi del trattamento ortodontico

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

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

**2)** La pressione sulle guance sulle labbra può determinare, i primi giorni di applicazione dell'apparecchiatura, fastidio più o meno intenso che scompare dopo la fase di adattamento.

**3)** una **sensazione dolorosa** di validità può presentarsi dopo 2-3 ore e per circa 2-3 giorni dopo ogni attivazione dell'apparecchiatura ortodontica.

**4)** allergie non note ai materiali utilizzati (resine, nichel, ecc.) possono costringere alla interruzione del trattamento.

**5)** 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 delle guance.

**6)** **Carie, infiammazione gengivale, decalcificazione** dei denti possono verificarsi se gli alimenti consumati contengono zucchero in quantità 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 maggiore accumulo di placca batterica per cui è fondamentale osservare una scrupolosa igiene orale.

**7)** 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 può costituire un problema con perdita di vitalità e notevole riduzione della durata nel tempo del dente o dei denti interessati da questo accorciamento.

**8)** 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 tra i denti non è chiaro non esistendo, al momento, prove scientifiche che ne indicano l'importanza dell'insorgenza di questa patologia.

**9)** **Disallineamento.** I denti possono presentare una tendenza muoversi dopo l'allenamento ortodontico. Lo scrupoloso dell'apparecchio di contenzione che le verrà consegnato affine terapia diminuisce questo rischio. Vi possono essere, però, 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 è importante quanto quella della terapia attiva e deve durare il più a lungo possibile.

**10)** L'**estrazione dei denti del giudizio** può rendersi necessaria, anche distanza dalla fine del trattamento ortodontico, nel caso di mancanza di spazio per una corretta eruzioni varcata degli stessi.

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

Il trattamento può richiedere un periodo più lungo del previsto una crescita ossea in eccesso o in difetto, una ritardata eruzione dei denti permanenti, una scarsa l'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 comprometterne il risultato.

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

*Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della **terapia ortodontica** indicata nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare od essere connesse al seguente intervento. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state dettagliatamente illustrate e spiegate e a tutte le registrazioni necessarie (impronte, fotografie, radiografie).*

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico



STUDIOPUTERO

Odontoiatria e Protesi Dentaria

dr. Mario Putero

## NOTE INFORMATIVE E CONSENSO ALL'UTILIZZO DI ALLINEATORI INVISIBILI

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

Il trattamento ortodontico proposto per la correzione della malocclusione si avvale dell'utilizzo di un certo numero di dispositivi rimovibili in plastica trasparente, detti allineatori, che si inseriscono su una od entrambe le arcate dentali. Ogni allineatore contempla un piccolo grado di correzione per cui l'utilizzo progressivo degli allineatori contemplati per quella specifica malocclusione porta a fine trattamento all'allineamento previsto.

Ogni dispositivo, portato per 22 ore al giorno e rimosso solo durante i pasti e le manovre di igiene orale, viene utilizzato per circa 20 giorni, salvo diversa prescrizione dell'ortodontista, e sostituito successivamente con quello di numero progressivamente maggiore.

Gli allineatori vengono realizzati presso qualificati laboratori sulla base delle indicazioni fornite dall'ortodontista il cui piano di trattamento contempla il tipo e il grado di spostamento voluto per ogni specifico dente, il numero di allineatori necessari varierà quindi in relazione alla complessità della malocclusione.

Talora a fine trattamento oltre alla serie di allineatori previsti potrà essere necessario ricorrere a ulteriori allineatori per la rifinitura del caso o a apparecchiature ortodontiche di altro tipo.

In alcune situazioni per dare un maggiore ancoraggio agli allineatori possono venir applicati su alcuni denti dei bottoni in materiale composito, per altro quasi totalmente non visibili.

**Vantaggi:** rispetto alle apparecchiature tradizionali il trattamento con allineatori presenta degli indubbi vantaggi dal punto di vista estetico non essendo utilizzate apparecchiature visibili, inoltre la loro rimovibilità facilita l'attuazione di una corretta igiene orale e limita l'insorgenza di lesioni cariose legate alla presenza di placca.

La corretta progressione del trattamento secondo quanto programmato potrà inoltre essere facilmente monitorata sulla base del buon inserimento in progressione degli allineatori, consentendo all'ortodontista di intervenire tempestivamente se necessario.

**Svantaggi:** rispetto alle apparecchiature tradizionali fisse il trattamento con allineatori richiede una maggiore collaborazione da parte del paziente nel rigoroso utilizzo dei dispositivi e nella puntuale presenza agli appuntamenti, pena un allungamento dei tempi e una compromissione dei risultati.

Spesso si rende necessario ricorrere alla riduzione interprossimale a carico di uno o più denti (stripping) che pur non comportando particolari problemi è pur sempre una manovra invasiva.

L'utilizzo degli allineatori può comportare un incremento della salivazione e difficoltà nella pronuncia di alcuni fonemi, fenomeni comunque transitori.

**Rischi:** come ogni atto medico anche il trattamento con allineatori presenta rischi e inconvenienti ed in particolare: nel corso dei primi giorni di utilizzo di un allineatore vi può essere una certa sensibilità dei denti, l'allineatore può traumatizzare mucose e gengive, in tal caso sarà sufficiente segnalare il problema all'ortodontista che provvederà a modificare il dispositivo nel punto traumatizzante.

Se non viene attuata una corretta igiene orale possono presentarsi aree di decalcificazione sui denti, infiammazioni gengivali e carie.

Eccezionalmente la rimozione di un allineatore può provocare il distacco di un precedente restauro dentale o la decementazione di un manufatto protesico.

Nel corso del trattamento può verificarsi una riduzione della lunghezza radicolare a carico di uno o più elementi dentali, rischio per altro presente in ogni trattamento ortodontico comunque condotto. In rari casi un allineatore può spezzarsi, in tal caso verrà sostituito gratuitamente con un altro analogo. Un dispositivo ortodontico o parte di esso può accidentalmente essere ingerito, ciò in genere non comporta grossi problemi in quanto esso percorre il complesso gastro intestinale senza provocare traumi, diversa e più grave situazione si presenta se il dispositivo entra nelle vie respiratorie, in tal caso è necessario il ricovero immediato presso un centro ospedaliero.

I risultati ottenuti a fine trattamento non sempre sono totalmente corrispondenti alle aspettative o stabili nel tempo, in tal caso si renderà necessario ricorrere ad una serie aggiuntive di allineatori di rifinitura o a una correzione finale con altri dispositivi ortodontici, potrà inoltre essere necessaria una lunga contenzione con un dispositivo portato durante il sonno.

Gli allineatori dovranno essere portati con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_

Il completamento del trattamento potrà richiedere i seguenti interventi: \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della **terapia ortodontica** indicata nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare od essere connesse al seguente intervento. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state dettagliatamente illustrate e spiegate e a tutte le registrazioni necessarie (impronte, fotografie, radiografie).

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico

## NOTE INFORMATIVE E CONSENSO AD INTERVENTO DI CHIRURGIA IN PZ A RISCHIO DI OSTEONECROSI DEI MASCELLARI ASSOCIATA A FARMACI (ONJ)

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il suo assenso alla esecuzione della terapia prescritta e concordata.

La informo che i pazienti che assumono o hanno assunto **farmaci aminobisfosfonati, anti-riassorbitivi e/o anti-angiogenetici** per via endovenosa e/o per os. hanno un maggiore rischio di insorgenza di focolai osteonecrotici singoli o multipli delle ossa mascellari, che comportano l'esposizione dell'osso necrotico ("morto") nel cavo orale e che sembrano attualmente non giovare di alcun trattamento.

SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_ **Tipo di intervento:** \_\_\_\_\_

Affetto dalla seguente PATOLOGIA DI BASE:

- |                                               |                                                 |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> carcinoma mammario   | <input type="checkbox"/> carcinoma tiroideo     |
| <input type="checkbox"/> carcinoma prostatico | <input type="checkbox"/> mieloma multiplo       |
| <input type="checkbox"/> carcinoma polmonare  | <input type="checkbox"/> linfoma                |
| <input type="checkbox"/> carcinoma renale     | <input type="checkbox"/> osteopenia/osteoporosi |
| <input type="checkbox"/> Altro _____          |                                                 |

**paziente oncologico**

**paziente osteometabolico**

**è attualmente**       **è stato**      IN TERAPIA CON:

✓ **BIFOSFONATI:**

- Pamidronato (AREDIA®)
- Zoledronato (ZOMETA®)
- Neridronato (NERIXIA®)
- Clodronato (DIFOSFONAL®, CLODY®, CLASTEON®, OSSITEN® ...)
- Alendronato (DRONAL®, FOSAMAX®, FOSAVANCE®, ADRONAT®...)
- Risedronato (ACTONEL®)
- Ibandronato (BONIVA®, BONDRONAT®...)
- ALTRO: \_\_\_\_\_

✓ **ANTI-RIASSORBITIVI:**

- Bp, Denosumab (PROLIA®, XGEVA®)
- Bevacizumab (AVASTIN®)
- Sunitinib(SUTENT®)

✓ **ANTI-ANGIOGENETICI:**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ( < 3 anni,  > 3 anni); prescritti dal dr. \_\_\_\_\_,

**assume**     **ha assunto** CORTISONICI Tipo \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Complicanze post-operatorie:** osteonecrosi ossea nella regione d'intervento, algie a carico della zona trattata, fetor oris, rischio di frattura patologica dell'osso, estensione dell'area di necrosi ossea, prolungamento delle terapie mediche, ascessualizzazione e drenaggio di materiale purulento, fistolizzazione cutanea, sepsi, mediastinite. Nel suo caso \_\_\_\_\_.

A seguito di quanto verbalmente e sopra espresso, il sottoscritto \_\_\_\_\_  
informato dal/la Dott./ssa \_\_\_\_\_ **DICHIARA** nel pieno delle mie facoltà:

- di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento;
- di avere altresì consapevolezza dei fattori di rischio/scatenanti (v. Tabella) e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento;
- di volersi sottoporre all'intervento chirurgico e/o altra procedura diagnostica proposto/a dai sanitari, reso edotto dei motivi che ne consigliano l'esecuzione in rapporto alla patologia da cui sono presumibilmente affetto/a;
- di essere al corrente dei rischi e delle complicanze connesse con le procedure chirurgiche tra cui: osteonecrosi delle ossa mascellari, infezione, emorragie, danno neurologico transitorio o permanente, reazione allergica, trombo-embolia, arresto cardiaco, danno estetico da anomala cicatrizzazione tessutale;
- di autorizzare i chirurghi-operatori a trattare eventuali condizioni patologiche che dovessero evidenziarsi al momento dell'intervento, compiendo gli atti necessari alla riuscita dell'intervento stesso e a tutela della mia salute, anche se a carattere demolitivo;
- di comprendere che non può essere garantito il certo esito dell'intervento, ma solo l'uso di mezzi tecnici adeguati per la sicurezza e la tutela della propria salute;
- di aver preso visione di questo documento nella sua interezza e di averne compreso significato prima di avere firmato.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del paziente**  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

**Firma del medico**



**STUDIOPUTERO**

Odontoiatria e Protesi Dentaria

dr. Mario Putero

## NOTE INFORMATIVE E CONSENSO AD INTERVENTO DI **MOLAGGIO SELETTIVO**

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**

In alcune situazioni, nel corso del trattamento ortodontico o protesico, o più spesso alla fine del trattamento, vi può essere la necessità di modificare in uno o più punti le superfici con cui i denti di una arcata prendono contatto con i denti dell'arcata antagonista.

Tale tecnica viene definita "**molaggio selettivo**" e viene eseguita con frese su trapano.

Pur essendo limitata allo spessore dello smalto per una limitata profondità, è pur sempre una manovra invasiva in quanto comporta una riduzione di sostanza dentale e il ritocco di una corona sana; il molaggio deve essere quindi eseguito con molta cautela e limitato a punti precisamente individuati.

### **Benefici dell'intervento.**

Lo scopo è quello di ottenere un più corretto e distribuito contatto tra i denti, eliminando punti di rialzo causa di precontatti con dislocazione mandibolare o di mobilità di denti sottoposti a carico eccessivo. Dopo aver effettuato un molaggio selettivo è opportuno lucidare attentamente le superfici abrase. Nel suo caso:

### **Rischi dell'intervento.**

Se correttamente eseguito non comporta svantaggi, o aumento della sensibilità dentale e maggiore suscettibilità alla carie. Qualora necessario non presenta sostanzialmente alternative se non l'estrazione degli elementi coinvolti.

Nel suo caso: \_\_\_\_\_

### **Possibili alternative**

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

*Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver ricevuto esaurienti informazioni sulla tecnica del molaggio selettivo e, consapevole che si tratta di una manovra invasiva e irreversibile, fornisco il mio consenso a che venga effettuata. Dichiaro inoltre che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state dettagliatamente illustrate e spiegate e a tutte le registrazioni necessarie (impronte, fotografie, radiografie).*

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente  
(o di chi esercita il diritto di tutela)

Firma del medico