

CONSENSO INFORMATO PER IL PAZIENTE IMPLANTARE

Gentile signore/a

intendiamo fornirle informazioni pertinenti riguardo la sua richiesta / la nostra proposta circa il posizionamento di impianti endossei nel suo cavo orale in modo che possa avere tutti gli elementi necessari per decidere se procedere o meno con il trattamento. Ciò che ora le viene chiesto di firmare è la conferma del fatto che abbiamo discusso insieme la natura del trattamento proposto, i rischi conosciuti associati ad esso e le possibili alternative ad esso.

Sig./Sig.ra _____ Data _____

1. Autorizzo il Dott. _____ E qualsiasi altro operatore, assistente, collaboratore da lui selezionato e di sua fiducia a svolgere terapie e trattamenti per risolvere la mia condizione odontoiatrica, così come mi è stato da lui esposto;
2. Sono _____ al _____ corrente _____ che _____ tale _____ procedura _____ consiste _____ in: _____

3. Sono al corrente del fatto che verranno praticate incisioni chirurgiche nella mia bocca, in zone precise, per consentire l'inserimento di uno o più impianti a forma di radice nei mascellari; tali impianti serviranno a sostituire denti persi o comunque non utilizzabili idoneamente come ancoraggio per corone, ponti o protesi;
4. Sono a conoscenza del fatto che gli impianti devono rimanere a riposo nei tessuti in cui sono stati posizionati per almeno 3 mesi, prima che la loro porzione superiore sia esposta con un secondo intervento; acconsento, durante questo periodo a sottopormi alle sedute di controllo e alle terapie farmacologiche che mi vengono prescritte nonché alle misure preventive che mi sono state spiegate con lo scopo di garantire l'attecchimento dell'impianto nei tessuti;
5. Nessuna garanzia è stata data né può essere data che gli impianti possano durare per un preciso periodo di tempo. Mi è stato spiegato che una volta che gli impianti sono stati inseriti, l'intero piano di trattamento stabilito deve essere portato a termine secondo gli appuntamenti fissati e che se ciò non avviene gli impianti possono fallire;
6. Sono stato informato dei possibili metodi alternativi per risolvere il mio caso (se ne esistono) e dei loro possibili pro e contro. Ho scelto personalmente quale tipo di trattamento ricevere;
7. Il medico mi ha informato del fatto che esistono alcuni rischi legati agli interventi chirurgici in generale e che ve ne sono alcuni legati in particolar modo agli interventi di questo tipo, come ad esempio: disagio post-operatorio ed eventuale dolorabilità nella zona che può richiedere anche

qualche giorno di riposo; sanguinamento della ferita; danneggiamento dei denti o delle radici dei denti adiacenti; infezione post-operatoria della ferita; limitazione transitoria dell'apertura della bocca; danneggiamento del nervo mandibolare nell'arcata inferiore che può esitare in diminuzione o assenza della sensibilità oppure in aumento della stessa nelle zone di metà labbro, della guancia, metà lingua o metà mento del lato operato (questi disturbi possono persistere anche per settimane o mesi, in alcuni rari casi, anche permanentemente richiedendo in tal modo la rimozione dell'impianto); l'eventuale apertura del seno mascellare può richiedere uno specifico trattamento e comunque un prolungamento dell'intervallo di tempo prima della seconda fase; l'eventuale prelievo di tessuto osseo da sedi donatrici nella bocca possono avere ulteriori complicanze;

8. Sono a conoscenza del fatto che durante il corso del trattamento possono presentarsi condizioni impreviste che possono far variare lo stesso;
9. Sono stato informato del fatto che dovrò assumere medicinali (anestetici, antibiotici, antiinfiammatori, ecc) sia prima che dopo gli interventi e che questi verranno compiuti dopo somministrazioni di blandi sedativi;
10. Mi è stato spiegato che non può essere garantito un risultato perfetto, come per qualsiasi altro trattamento medico-chirurgo in generale, poiché la percentuale globale di completo successo di questo tipo di terapia, comprendente tutte le fasi, si aggira tra l'90% e il 95% a 10 anni (secondo statistiche ufficiali riportate dalla letteratura internazionale del settore). Sono comunque al corrente del fatto che è indispensabile per il buon risultato nel tempo del trattamento implantare il mantenimento di un'adeguata igiene orale, sia a domicilio secondo le istruzioni che mi verranno impartite periodicamente dall'equipe, sia nello Studio con una cadenza di 3 – 6 mesi. Sono a conoscenza, inoltre, del fatto che se non osserverò tali cadenze nei richiami igienici professionali, gli impianti inevitabilmente falliranno e il medico e la sua equipe non potranno essere ritenuti responsabili di ciò.
11. Dichiaro che le mie condizioni di salute generale sono a conoscenza del chirurgo e corrispondono a ciò che ho indicato nell'apposita scheda.

Se avete qualsiasi domanda o richiesta di chiarimento potete farla al personale dello Studio.

Data _____ Firma del paziente _____

Data _____ Firma del medico _____
