

## **Dichiarazione di ricevuta informazione a intervento di estrazione dentale ( chirurgia estrattiva )**

Gentile Paziente, in questo scritto vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita e della presentazione del preventivo , precisandolo e definendoli nelle loro linee essenziali , in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate. Tali informazioni sono presenti , corredate di immagini e ulteriori consigli e curiosità , nel CD-ROM che le è stato consegnato .

**Tipo di intervento:** Estrazione di uno o più elementi dentali

**Descrizione specifica dell'intervento :** Anestesia locoregionale, periotomia, lussazione del dente, estrazione . In casi particolari come frattura di una radice può essere necessario il sollevamento di lembo gengivale a spessore totale, osteotomia , odontotomia e sutura .

**Benefici generici :** eliminazione di una situazione patologica in atto ed eliminazione dei sintomi ad essa associati : dolore, gonfiore e/o febbre. Eliminazione di situazioni di danno parodontale o carioso ai denti attigui . Ripristino della funzione masticatoria. Eliminazione di foci infettive odontogene.

**Rischi del mancato trattamento :** aggravamento delle situazioni patologiche enunciate al punto precedente.

**Caratteristiche dei materiali utilizzati :** anestetici locali , suture in seta non assorbibili , collagene in spugna, cortisonici per uso topico.

**Complicanze generiche :** possono verificarsi infiammazione, dolore, gonfiore, emorragia, infezione della ferita di norma ben controllabili a domicilio seguendo le istruzioni fornite dallo studio odontoiatrico.

**Complicanze specifiche :** mobilità transitoria dei denti attigui all'alveolo post estrattivo. Aumento della sensibilità a sbalzi termici ai denti attigui. In caso di prossimità della radice con i seni nasali è possibile - anche se estremamente raro – che un frammento di radice entri nel seno . Ciò richiederebbe un successivo intervento per la rimozione del frammento dal seno.

**Alternative :** non sono possibili alternative all' estrazione.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ con la presente dichiaro :

Ai sensi degli art. 1341 e 1342 C.C. dichiaro di aver letto e approvato specificatamente il trattamento chirurgico concordato ed in particolare di essere stato informato e di avere compreso lo scopo e la natura dell' intervento in oggetto. Di aver avuto la possibilità di porre tutte le domande che ritenevo necessarie e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicanze che potrebbero derivare o essere connesse al predetto intervento, nonché delle alternative possibili. Ho preso visione del contenuto del CD-ROM che ho ricevuto in sede di prima visita .

A tal proposito autorizzo sin da ora qualsiasi manovra a carattere d'urgenza correlata a tali complicanze. Dichiaro inoltre di essere stato con chiarezza informato che per tale intervento l'operatore risponde esclusivamente per ciò che attiene all'obbligo di mezzi e non all'obbligo di risultato.

Ciò premesso, con la presente esprimo valido e illimitato consenso all'intervento di chirurgia orale in anestesia locoregionale per l'estrazione del dente a me proposto.

S.Antioco lì \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_