

**Dichiarazione di ricevuta informazione a intervento di chirurgia estrattiva dell' VIII inferiore (dente del giudizio)**

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:** chirurgia estrattiva dell' VIII

**Descrizione specifica dell'intervento :** sollevamento di lembo gengivale a spessore totale, osteotomia , odontotomia , estrazione del dente, 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 al VII . Ripristino della funzione masticatoria.

**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 :** raramente è possibile la comparsa di disestesia al territorio terminale del nervo mandibolare e\o del nervo linguale che nella maggior parte dei casi regredisce in breve tempo. In casi limite la disestesia può durare diversi anni. Mediante lo studio una TAC o di radiografie panoramiche è possibile fare una diagnosi precisa che diminuisce ulteriormente la possibilità di comparsa delle complicanze citate.

**Alternative :** non sono possibili alternative all' estrazione chirurgica dell'VIII .

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

*Ai sensi degli art. 1341 e 1342 C.C. dichiaro di aver letto e approvare 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 loco-regionale per l'estrazione del dente ottavo a me proposto.*

S.Antioco lì \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_