

Dichiarazione di ricevuta informazione a intervento di Apicectomia (chirurgia endodontica o endodonzia retrograda)

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: Rimozione chirurgica di uno o più apici radicolari ai quali è associata una patologia infettiva e successiva otturazione retrograda della radice sezionata.

Descrizione specifica dell'intervento : Anestesia locoregionale e apertura di un lembo mucogengivale, rimozione dell'apice infetto, otturazione della radice sezionata e sutura.

Benefici generici : eliminazione di una situazione patologica in atto ed eliminazione dei sintomi ad essa associati : dolore, gonfiore e/o febbre. 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, materiali da otturazione a base di MTA o ossido di zinco.

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 : Frattura del dente sottoposto ad intervento. Recidiva dell'infezione. 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 : Trattamento canalare classico -ove possibile- . Estrazione del dente infetto.

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 locoregionale per l'intervento di apicectomia del dente a me proposto.

S.Antioco lì _____ FIRMA _____