



STUDIO ODONTOIATRICO  
Dott. Lorenzo Cavallucci

Via Anastagi, 19 - 48121 Ravenna  
C.F. CVL LNZ 85P21 H199W  
P.IVA 02558580393  
Tel. 0544 38038  
e-mail: info@studiocavallucci.com

## DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO PER PRESTAZIONE DI IGIENE ORALE

Sig. / Sig.ra .....

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.

### Diagnosi:

.....  
.....

### Descrizione dell'intervento

Eliminazione del tartaro sopragengivale tramite strumento ad ultrasuoni o manuale.  
Eliminazione del tartaro sottogengivale tramite strumentazione manuale; sondaggio parodontale, decontaminazione delle tasche parodontali, sigillatura dei solchi, applicazione di fluoro, applicazione di lacche desensibilizzanti, sbiancamento degli elementi dentali.

Nel suo caso:

.....  
.....

### Benefici dell'intervento

L'avulsione del tartaro contribuisce in maniera determinante all'abbassamento della carica batterica, la decontaminazione delle tasche parodontali contribuisce alla cura della malattia parodontale, unitamente all'igiene domiciliare; la sigillatura dei solchi, unitamente all'igiene domiciliare, contribuisce all'abbassamento delle probabilità di incidenza della carie nelle zone trattate.

### Rischi dell'intervento

Sono relativi: alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici; a possibili lesioni parodontali; aumento della sensibilità dentale per esposizione delle radici attualmente coperte dal tartaro.

### Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infiammazione o emorragia facilmente controllabili.  
Nel suo caso vi possono essere i seguenti rischi specifici:

.....  
.....

Le complicazioni si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni del proprio Igienista Dentale.

### Possibili alternative

.....  
.....

**Altre informazioni richieste dal paziente ("Nessuna Domanda")**

.....  
.....

Io sottoscritto/a..... dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura degli atti di **Igiene Orale** indicati nel presente modulo, e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Ravenna, .....

La/Il Paziente.....

Il dr/dr.essa .....