



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 AD INTERVENTO CHIRURGIA PARODONTALE E RIGENERATIVA

Sig / Sig.ra
Via

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 come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

Diagnosi:

.....
.....

Descrizione dell'intervento

Rimodellamento e/o rigenerazione dei tessuti di supporto del dente allo scopo di arrestare la perdita di gengiva e/o osso con rischio di perdita del dente. Nel suo caso:

.....
.....

Benefici dell'intervento

Miglioramento della stabilità dei denti e della loro prognosi (permanenza in bocca) e dell'eventuale appoggio protesico successivo.

Nel suo caso:

.....
.....

Rischi dell'intervento

Sono relativi: all'impiego inevitabile di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza; alla possibilità di lesioni ossee o parodontali; raramente aumento della mobilità fino alla perdita del dente.

Nel suo caso:

.....
.....

Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere aumento della sensibilità dei denti, dolore (controllabile farmacologicamente), infezione, infiammazione (con gonfiore ed ecchimosi nella guancia e nelle zone adiacenti la sede dell'intervento) o emorragia (facilmente controllabile). Raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della temperatura. Tutte le complicazioni immediate ed a distanza vengono notevolmente ridotte attenendosi scrupolosamente alle indicazioni dell'odontoiatra (allegate) ed attenendosi ai tempi consigliati per i controlli a distanza.

Nel suo caso vi possono essere i seguenti rischi specifici:

.....
.....

Possibili alternative

.....
.....

Altre informazioni richieste dal paziente (scrivere le eventuali domande o la frase "Nessuna Domanda")

.....
.....

Io sottoscritto.....dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura della chirurgia parodontale e rigenerativa indicata 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, _____

Firma del Paziente

.....

Firma del Medico

.....