



STUDIO ODONTOIATRICO
Dott. Lorenzo Cavallucci

Via Anastagi, 19 - 48121 Ravenna
C.F. CVL LNZ 85P21 H199W
P.IVA 02358580393
Tel. 0544 38038
e-mail: info@studiocavallucci.com

DATI ANAMNESTICI

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Siete o siete stati sottoposti a terapia medica per uno dei seguenti motivi (se sì, barrare e precisare nell'apposito spazio)

Malattie di cuore _____

Angina pectoris Infarto miocardio Valvulopatie Aritmie Scompenso cardiaco

Malattie reumatiche _____

(precisare se in età infantile o in periodi successivi)

Ipertensione arteriosa: valori abituali di PA. Massima _____ e Minima _____

Ipotensione arteriosa: valori abituali di PA. Massima _____ e Minima _____

Siete frequentemente soggetti a lipotimie? Sì No

Siete frequentemente soggetti a vertigini? Sì No

Malattie polmonari _____

(in caso di asma specificare se di tipo allergico)

Malattie renali _____

Malattie epatiche _____

Sieropositività Epatite _____

Sieropositività HIV _____

Malattie veneree _____

Malattie allergiche _____

(in caso di positività specificare le cause)

Diabete _____

(specificare se insulino dipendente ed esibire l'ultima glicemia)

Disturbi della coagulazione _____

Malattie gastrointestinali _____

Altri tipi di malattia o disturbi _____

Attualmente assumete farmaci? Sì No

Quali e a quale dosaggio _____

Eventuali allergie a farmaci _____

Siete in gravidanza? Sì No

Siete stati sottoposti a ricoveri ospedalieri? Sì No

Per quali motivi _____

Avete subito interventi chirurgici? Sì No

Quali? _____

Data approssimativa dell'ultima visita odontoiatrica _____

Per quali motivi _____

Eventuali episodi lipotimici in corso di trattamento Sì No

Reazioni ad anestesia locale Sì No

Di che tipo? _____

Complicazioni a seguito di terapia estrattiva? Sì No

Di che tipo? _____

Trattamenti di tipo ortodontico Sì No

Trattamenti di tipo paradontale Sì No

Interventi chirurgici di interesse odontoiatrico Sì No

Quali? _____

Data approssimativa dell'ultima detartarasi _____

N.B. se siete in possesso di una Rx panoramica dentale eseguita negli ultimi due anni siete pregati di esibirla.

Data _____

Firma del paziente o del suo rappresentante legale

CONSENSO INFORMATO

La necessità di ottenere il consenso del Paziente ad effettuare un trattamento medico, oltre che principio morale legato al comune sentire, principio disposto dalla stessa Carta Costituzionale, la quale tutela il diritto alla salute e il libero esercizio dello stesso. Il consenso del paziente, oltre che funzionale al libero esercizio del diritto alla salute, costituisce anche un elemento essenziale del contratto d'opera professionale che regola i rapporti tra paziente e medico. In questo senso l'obbligo di informazione al consenso al trattamento sanitario rileva il dovere per i contraenti di comportarsi secondo buona fede (art. 1337c.c.). Il medico ha pertanto l'obbligo di informare compiutamente con chiarezza il proprio cliente delle caratteristiche dell'opera che deve compiere, al fine di porlo in grado di decidere se sottoporsi o meno al trattamento proposto.

È quindi sempre più sentita la necessità che vi sia il consenso del paziente anche per i trattamenti e terapie (anche semplici cure farmacologiche) che possano recare un qualche danno alla integrità fisica della persona e che possano non essere risolutivi.

Ringraziando, cordiali saluti

Dott. CAVALLUCCI LORENZO
ODONTOIATRA
Via Anastagi, 19-45121 RAVENNA
Tel. e Fax 0544.38038

Sig/Sigra _____ Nata/o a _____

Residente a _____ Via _____

- a) Patologia già accertata/Sintomi accusati. Deve essere descritta con chiarezza la malattia del paziente.
- b) Alternative terapeutiche in relazione alla patologia o ai sintomi accusati dal paziente. Indicare le possibili alternative terapeutiche possibili
- c) Trattamento medico/chirurgico che verrà effettuato. Indicare l'intervento/esame che si ritiene opportuno o necessario eseguire, chiarendo le motivazioni che inducono a preferirlo rispetto ad altri.
- d) Modalità dell'intervento/esame. Indicare quali operazioni verranno eseguite e il tipo di anestesia che verrà praticata.
- e) Complicanze. Indicare le eventuali complicanze che possono manifestarsi durante eccezionali, possibili o probabili. Effetti indesiderati che possono manifestarsi dopo il trattamento medico/chirurgico. Indicare gli eventuali dolori e fastidi che possono manifestarsi a seguito del trattamento eseguito.
- g) Terapia da effettuare dopo il trattamento medico/chirurgico. Indicare quali cure anche farmacologiche verranno effettuate dopo l'intervento e i relativi vantaggi e fastidi.

DICHIARA

- di essere pienamente cosciente; di aver letto attentamente il presente documento;
- che il medico ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste e utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato;
- di averne pertanto compreso interamente il contenuto;
- di autorizzare il medico ad effettuare il trattamento medico/chirurgico sopra descritto;
- di autorizzare fin da ora gli eventuali interventi;
- di essere a conoscenza che le mie condizioni generali e locali mi espongono alle seguenti complicanze e/o problematiche aggiuntive: _____

Data _____

Firma del paziente _____

Firma del medico _____