

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI CHIRURGIA ESTRATTIVA

Luogo e Data _____

Sig./ra _____

Gentile Paziente,
in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già espressi verbalmente nel corso delle visite precedenti, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Diagnosi:

- Carie destruyente della corona;
- Presenza di lesioni apicali intrattabili con trattamenti di endodonzia o apicectomia;
- Gravi lesioni parodontali (della gengiva e dell'osso) con mobilità dell'elemento dentario;
- Interferenza del dente con riabilitazioni protesiche coerenti;
- Frattura della radice;
- Riassorbimento radicolare esterno o interno non trattabile;
- Ragioni ortodontiche (ovvero la necessità di creare spazio per un corretto allineamento dentale);
- Condizioni mediche o chirurgiche come la profilassi (trapianti d'organi, chemioterapia, terapia radiante, sostituzione di valvole cardiache, inizio di terapia con bifosfonati, ecc...)

Descrizione dell'intervento

E' stato informato della natura e degli scopi dell'intervento di chirurgia estrattiva idoneo alla soluzione del Suo caso. In particolare ha compreso che si tratta di un intervento finalizzato all'eliminazione di una patologia in atto attraverso un intervento chirurgico locale: estrazione di uno o più denti inclusi, semi- inclusi o non inclusi; asportazione di piccole cisti, radici con possibile apertura di un lembo di accesso e relativa sutura. Ha compreso, altresì, che, al fine di gestire l'ansia, potrebbe essere necessario ricorrere alla sedazione cosciente attraverso la somministrazione, per via endovenosa, del farmaco Midazolam.

Le PROCEDURE CHIRURGICHE UTILIZZATE utilizzate possono essere molteplici:

- **Estrazione semplice** (intervento di avulsione più comune): viene eseguita su un dente ben visibile e totalmente eretto attraverso la gengiva; dopo aver accuratamente anestetizzato il dente malato/problematico, si procede all'estrazione dello stesso con appositi strumenti (elevatore e pinza), esercitando una pressione più o meno importante su di esso.
- **Estrazione chirurgica**: intervento di avulsione più complesso, eseguito su denti inclusi o non facilmente accessibili (ancora parzialmente o completamente coperti dalla gengiva). L'estrazione chirurgica del dente richiede un'attenta e precisa incisione preliminare sulla gengiva, indispensabile per creare un ingresso da cui accedere più facilmente al dente. Non è raro che un elemento dentale particolarmente ostico da rimuovere necessiti della rimozione di alcuni frammenti di osso ad esso circoscritti. In questi casi, il dente problematico può essere suddiviso in più sezioni per agevolarne l'avulsione. L'intervento può essere eseguito in anestesia locale o generale.
- **Estrazione con rigenerativa**: terapia rigenerativa che consegue all'intervento di estrazione, semplice

o chirurgica, consentendo di ricoprire l'elemento dentario estratto con biomateriale al fine di agevolare l'inserimento di un impianto osteointegrato.

Benefici dell'intervento

In generale, i benefici della chirurgia estrattiva sono rappresentati dalla necessità di evitare i processi infiammatori, il danneggiamento dei denti adiacenti o favorire trattamenti ortodontici e/o implanto-protesici.

Limiti dell'intervento

L'estrazione degli elementi dentali comporta una serie di alterazioni anatomiche (a livello del massiccio facciale) con importanti ripercussioni sia a livello funzionale, nell'espletamento delle normali attività, quali la masticazione e la fonazione, che a livello estetico. Il recupero del corretto equilibrio psico-funzionale è soggettivo e dipende dalle condizioni cliniche di ciascuno. Potrebbe, pertanto, essere necessario seguire un percorso terapeutico, individuale e personalizzato, al fine di ripristinare la normale integrità dell'apparato stomatognatico precedente all'intervento di chirurgia estrattiva.

Rischi generici dell'intervento

I principali rischi 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 traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici;
- all'eventualità di ingestione accidentale di detti strumenti;
- alla possibilità di lesioni ossee o parodontali; possono, altresì, essere lese altre strutture quali il nervo alveolare inferiore (con susseguenti parestesie, anestesie, ecc.) o il seno mascellare.

Complicanze dell'intervento

Dopo l'intervento di chirurgia estrattiva è possibile avvertire dolore, infezione, infiammazione e/o emorragia, rialzo della temperatura.

Le complicanze si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni fornite dal medico-odontoiatra (allegate).

Osservazioni di rilievo nel caso specifico:

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO

- di aver ricevuto in consegna e di aver preso visione della presente dichiarazione, integrativa della comunicazione verbale, al fine di poterla esaminare e/o farla analizzare anche da persone di mia fiducia;
- di aver avuto la possibilità di richiedere tutte le spiegazioni ritenute utili, ottenendo risposte chiare e soddisfacenti dai sanitari proponenti il trattamento di chirurgia estrattiva;
- di aver letto integralmente e con attenzione la presente dichiarazione e informativa e di aver pienamente compreso i concetti relativi al trattamento di chirurgia estrattiva in generale e al mio specifico caso clinico;
- di aver ottenuto dal medico/odontoiatra tutte le spiegazioni in ordine alle caratteristiche, modalità, e finalità del trattamento di chirurgia estrattiva e di aver pienamente compreso anche i rischi e le complicanze del suddetto trattamento;
- di essere ben consapevole che qualunque atto medico e chirurgico può comportare rischi e complicanze non sempre prevedibili né prevenibili.

Presto, pertanto, il mio consenso alla terapia che mi è stata descritta e prospettata con il presente consenso informato.

Reggio Emilia, _____

Firma del paziente o di chi ne fa le veci

Firma odontoiatra
