

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO

AL TRATTAMENTO ORTODONTICO

Cognome _____

Nome _____

Gentile Paziente e/o Genitore, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al trattamento ortodontico già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate ed ai problemi che potrebbero verificarsi durante e/o dopo l'esecuzione delle stesse.

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO

Obiettivi del trattamento ortodontico sono: raggiungere un buon allineamento dentale ed un corretto rapporto tra le arcate nel rispetto dei tessuti molli e dell'articolazione temporo-mandibolare.

Per un favorevole svolgimento e successo della terapia il paziente deve impegnarsi a:

- Rispettare gli appuntamenti prestabiliti;
- Mantenere i denti ben puliti;
- Programmare e presenziare alle sedute di igiene orale almeno ogni sei mesi;
- Portare gli apparecchi secondo i modi ed i tempi indicati seguendo attentamente le istruzioni date;
- Comunicare tempestivamente eventuali variazioni nell'assetto dell'apparecchio (distacco di bande, di attacchi, ecc.);
- Evitare cibi duri, croccanti ed alimenti appiccicosi (tipo pizza, caramelle, gomme da masticare) che potrebbero danneggiare l'apparecchio, nonché cibi zuccherini fuori pasto – se non seguiti da una corretta igiene orale;
- Seguire con scrupolo la fase di contenzione.

RISCHI ED INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO ORTODONTICO

Il trattamento ortodontico, come qualsiasi atto medico, presenta alcuni rischi che si possono verificare anche durante una terapia eseguita nel migliore dei modi.

L' **ingombro** per la presenza dell'apparecchiatura può provocare, specialmente nelle fasi iniziali della terapia, disagi nella vita di relazione con difficoltà soprattutto nel mangiare e nel parlare.

La **pressione** sulle guance e sulle labbra può determinare, nei primi giorni di applicazione dell'apparecchiatura, fastidio di intensità variabile che scompare dopo la fase di adattamento.

Una **sensazione dolorosa** di varia entità può presentarsi dopo 2-3 ore e per circa 2-3 giorni dopo ogni attivazione dell'apparecchiatura ortodontica.

Le **Allergie** non note ai materiali utilizzati (resine, nickel, ecc.) possono costringere alla interruzione del trattamento.

Il **distacco** o la **rottura** delle apparecchiature ortodontiche devono essere subito comunicate perché eventuali frammenti possono essere accidentalmente ingeriti o aspirati o ledere le gengive e le guance.

Le **Carie**, le **infiammazioni gengivali** e le **decalcificazioni dei denti** possono verificarsi se gli alimenti consumati contengono zucchero in quantità eccessiva e/o non si provvede ad una accurata e continua pulizia. Gli apparecchi ortodontici di per sé non provocano carie ai denti, o infiammazioni gengivali, ma a causa della loro presenza si ha un maggiore accumulo di placca batterica per cui è fondamentale osservare una scrupolosa igiene orale.

L'**accorciamento delle radici dei denti** si può verificare, in alcuni casi, durante il trattamento ortodontico. Di solito questo non comporta conseguenze, ma qualche volta può costituire un problema con perdita di vitalità e notevole riduzione della durata nel tempo del dente o dei denti interessati da questo accorciamento.

La **comparsa di dolori o rumori all'articolazione temporo-mandibolare** dovranno essere immediatamente comunicati all'ortodontista. Tali disturbi possono presentarsi durante il trattamento ortodontico come in qualsiasi altro momento della vita. Il ruolo del contatto fra i denti non è chiaro non esistendo, al momento, prove scientifiche che ne indichino l'importanza per l'insorgenza di questa patologia.

Il **disallineamento** dei denti può manifestarsi anche dopo l'allineamento ortodontico. L'uso scrupoloso e perenne (a vita) dell'apparecchio di contenzione che le verrà consegnato a fine terapia diminuisce questo rischio. Vi possono essere, però, altre cause al di fuori del controllo dell'ortodontista (deglutizione infantile, respirazione con la bocca, eruzione dei denti del giudizio, crescita scheletrica, abitudini viziate) che possono provocare cambiamenti anche profondi. Per queste ragioni la fase di contenzione è importante quanto quella della terapia attiva e deve durare per tutta la vita.

L'**estrazione dei denti del giudizio** può rendersi necessaria, anche a distanza dalla fine del trattamento ortodontico, nel caso di mancanza di spazio per una corretta eruzione in arcata degli stessi.

La **lesione dello smalto dei denti** può raramente verificarsi durante lo smontaggio delle apparecchiature fisse al termine del trattamento.

Non sottoporsi al trattamento ortodontico potrebbe determinare uno o più dei seguenti inconvenienti:

- a) aggravamento della malocclusione esistente;
- b) turbe della masticazione e della digestione;
- c) affezioni della mucosa orale (infiammazioni gengivali, periodontiti, ecc.);
- d) compromissione dell'estetica del viso;
- e) alterazioni a carico dell'articolazione temporo-mandibolare.

Il trattamento può richiedere un periodo più lungo del previsto. Una crescita ossea in eccesso o in difetto, una ritardata eruzione dei denti permanenti, una scarsa igiene orale, il non portare per il numero di ore raccomandate gli eventuali dispositivi consegnati, la rottura degli apparecchi e i mancati appuntamenti possono prolungare il trattamento e comprometterne il risultato.

Si raccomanda di seguire scrupolosamente una corretta igiene orale: è di fondamentale importanza che il paziente ortodontico abbia una scrupolosa igiene della cavità orale. L'apparecchio ortodontico RARAMENTE è la causa di infiammazioni gengivali ed iperplasie gengivali (gonfiore), mentre non è MAI responsabile dell'insorgere di una patologia cariosa. L'apparecchio ortodontico tende a fare ristagnare con più facilità la placca batterica che è responsabile dei problemi dentali e gengivali ma con un'accurata e più lunga seduta di igiene orale quotidiana è possibile ridurre al minimo tali rischi.

Si raccomanda, altresì, di seguire le istruzioni date per l'uso delle apparecchiature ortodontiche in quanto un incauto utilizzo delle stesse potrebbe provocare anche gravi lesioni (viso, occhi, guance ecc.).

Osservazioni di rilievo nel caso specifico:

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato/a correttamente informato/ dal/la Dr./Dott.ssa _____ e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia ortodontica, nonché di aver avuto occasione di richiedere informazioni e delucidazioni riguardo al piano di trattamento proposto e di aver ottenuto risposte pienamente soddisfacenti. Dichiaro, altresì, di essere stato/a edotto/a riguardo i rischi e le complicità che potrebbero derivare dal trattamento suindicato. Presto pertanto l'assenso alla terapia che mi è stata descritta e consegnata, per presa visione, con il presente consenso informato e a tutte le registrazioni necessarie (impronte, fotografie, radiografie).

Acconsento, inoltre, all'utilizzo delle suddette registrazioni diagnostiche:

- Per scopi medici e di ausilio alla diagnosi
- Per scopi didattici e di ricerca all'interno di strutture mediche professionali
- Per la pubblicazione su riviste, testi e siti web

Reggio Emilia, _____

FIRMA DEL PAZIENTE

FIRMA DEL GENITORE (o di chi esercita la patria potestà)

FIRMA DEL MEDICO
