

CONSENSO INFORMATO ALLA CHIRURGIA ORALE (ESTRAZIONI E INTERVENTI CHIRURGICI)

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo integra, per gli interventi di chirurgia orale, il Consenso Informato Generale già sottoscritto dal paziente.

Dati del paziente

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Informazioni sull'intervento proposto

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, in modo chiaro e comprensibile, che:

- l'intervento può consistere in un'estrazione semplice, in un'estrazione chirurgica (ad esempio di denti inclusi o del giudizio) o in altra procedura di chirurgia orale, secondo quanto indicato dal Dottore;
- la procedura viene eseguita in anestesia locale e prevede, nei casi più complessi, l'apertura di un lembo gengivale e/o la sezione del dente;
- come ogni intervento chirurgico, comporta possibili rischi e complicanze, tra cui: gonfiore, dolore, ematomi, sanguinamento, infezione, ritardo di guarigione, alterazioni transitorie (più raramente prolungate) della sensibilità di labbra, guance, lingua o mento, comunicazione con il seno mascellare nel caso di interventi sulle arcate superiori;
- nei giorni successivi è normale avvertire fastidio e gonfiore, generalmente gestibili con i farmaci indicati dal Dottore;
- esistono, ove applicabile, possibili alternative all'estrazione (es. trattamento conservativo o endodontico), delle quali il/la paziente dichiara di essere stato/a informato/a insieme ai relativi vantaggi e limiti;
- il rispetto delle indicazioni post-operatorie fornite dallo studio è importante per una buona guarigione.

Descrizione sintetica dell'intervento programmato (elemento/i interessato/i, tipologia di procedura):

Dichiarazione del paziente

Il/la sottoscritto/a dichiara di:

- aver ricevuto tutte le informazioni sopra indicate in modo comprensibile e di aver potuto porre domande, ricevendo risposte esaurienti;
- essere consapevole che, pur con le migliori tecniche disponibili, non è possibile escludere completamente complicanze post-operatorie;
- impegnarsi a seguire le indicazioni fornite dallo studio prima e dopo l'intervento;
- esprimere il proprio consenso libero e informato all'esecuzione dell'intervento di chirurgia orale sopra descritto.

- Acconsento all'intervento proposto
 - Non acconsento all'intervento proposto
-

Firme

Luogo e data: _____

Firma del paziente (o di chi esercita la responsabilità genitoriale): _____

Firma del/della professionista: _____

Per emergenze: 347 636 6349