

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO ENDODONTICO (DEVITALIZZAZIONE)

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo integra, per il trattamento endodontico, il Consenso Informato Generale già sottoscritto dal paziente.

Dati del paziente

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Informazioni sul trattamento proposto

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

- il trattamento endodontico (devitalizzazione o "cura canalare") consiste nella rimozione del tessuto pulpare infiammato o infetto all'interno del dente, nella pulizia e sagomatura dei canali radicolari e nella loro otturazione;
- la procedura viene generalmente eseguita in anestesia locale e può richiedere una o più sedute, a seconda della complessità del caso;
- in alcuni casi la complessità anatomica del dente (canali curvi, calcificati o di difficile accesso) può rendere il trattamento più articolato o richiedere l'invio a uno specialista;
- come ogni trattamento odontoiatrico, comporta possibili rischi e complicanze, tra cui: dolore o sensibilità nei giorni successivi, infiammazione dei tessuti circostanti, possibile frattura dello strumento all'interno del canale, insuccesso del trattamento con eventuale necessità di ritrattamento o, nei casi più complessi, di estrazione;
- il dente trattato, soprattutto nei settori posteriori, può risultare più fragile nel tempo e necessitare, su indicazione del Dottore, di una ricostruzione protetta (es. corona);
- esistono alternative al trattamento endodontico, tra cui l'estrazione del dente, delle quali il/la paziente dichiara di essere stato/a informato/a insieme ai relativi vantaggi e limiti.

Descrizione sintetica del trattamento programmato (elemento dentale interessato, numero di sedute previste):

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 garantire un esito assoluto del trattamento endodontico;
- impegnarsi a seguire le indicazioni fornite dallo studio e a presentarsi ai controlli e agli eventuali completamenti protesici programmati;

- esprimere il proprio consenso libero e informato all'esecuzione del trattamento endodontico sopra descritto.

■ Acconsento al trattamento proposto

■ Non acconsento al trattamento proposto

Firme

Luogo e data: _____

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

Firma del/della professionista: _____

Per emergenze: 347 636 6349