

CONSENSO INFORMATO ALLA RIABILITAZIONE PROTESICA MOBILE (RESINA, SCHELETRATA PARZIALE O TOTALE)

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo integra, per la riabilitazione con protesi mobile, il Consenso Informato Generale già sottoscritto dal/dalla 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:

- la protesi mobile è un dispositivo rimovibile costruito su impronte di precisione, che può essere di diverso tipo a seconda della situazione clinica: protesi parziale (in resina o scheletrata, con appoggio sui denti residui e sulla mucosa) oppure protesi totale (con appoggio esclusivamente sulla mucosa orale, nei casi di arcata priva di elementi dentali);
- la protesi ha lo scopo di ripristinare, per quanto possibile, la funzione masticatoria, la fonazione e l'aspetto estetico;
- come ogni soluzione protesica, comporta possibili rischi e limiti, tra cui: un possibile riassorbimento osseo delle creste alveolari nel tempo dovuto all'appoggio mucoso, lesioni da decubito o irritazioni della mucosa, maggiore sollecitazione e sensibilità degli elementi dentali residui che fungono da appoggio, instabilità della protesi (più frequente nella protesi totale, in relazione a fattori anatomici e funzionali individuali che possono variare nel tempo);
- alcuni materiali utilizzati (resine acriliche, leghe in cromo-cobalto, componenti metallici) possono, in soggetti predisposti, dare reazioni allergiche a breve o lungo termine;
- una corretta igiene orale e della protesi, oltre a controlli regolari, sono fondamentali per prevenire infezioni, infiammazioni delle mucose e problemi a carico dei denti residui;
- esistono possibili alternative, quali la protesi fissa o, ove indicato, la riabilitazione su impianti, delle quali il/la paziente dichiara di essere stato/a informato/a insieme ai relativi vantaggi e limiti.

Descrizione sintetica del trattamento programmato (tipo di protesi, arcata interessata):

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 né un livello di comfort e stabilità predeterminati;

- impegnarsi a seguire le indicazioni fornite dallo studio sull'uso e sulla pulizia della protesi e a presentarsi ai controlli periodici programmati;
- esprimere il proprio consenso libero e informato all'esecuzione del trattamento sopra descritto.

☐ Acconsento al trattamento proposto

☐ Non acconsento al trattamento proposto

Firme

Luogo e data: _____

Firma del paziente: _____

Firma del/della professionista: _____

Per emergenze: 347 636 6349