

CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA PARODONTALE

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo integra, per la terapia parodontale, 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 terapia parodontale ha lo scopo di curare le infiammazioni e le infezioni che colpiscono gengive e tessuti di sostegno dei denti (gengiviti e parodontiti), arrestandone o rallentandone la progressione;
- il trattamento può comprendere, a seconda della gravità del caso, sedute di igiene professionale, levigatura radicolare (rimozione del tartaro e della placca sotto gengiva, in anestesia locale se necessario) e, nei casi più complessi, ulteriori valutazioni o terapie di supporto;
- come ogni trattamento odontoiatrico, comporta possibili effetti e rischi, tra cui: sensibilità dentale temporanea, lieve sanguinamento o indolenzimento delle gengive nei giorni successivi, possibile recessione gengivale con conseguente esposizione delle radici (più frequente nei casi di parodontite avanzata);
- l'efficacia e la stabilità del risultato dipendono in larga misura dalla collaborazione del/della paziente: igiene orale quotidiana accurata, eventuale modifica di abitudini dannose (es. fumo) e regolarità dei controlli e delle sedute di mantenimento programmate;
- la parodontite è una condizione cronica che, se non adeguatamente controllata nel tempo, può recidivare; il trattamento mira a gestirla, ma non è sempre possibile garantirne la completa guarigione definitiva;
- esistono possibili alternative o approfondimenti, quali l'invio a uno specialista in parodontologia per i casi più complessi, dei quali il/la paziente dichiara di essere stato/a informato/a.

Descrizione sintetica del trattamento programmato (fasi previste, elementi/aree interessate):

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 il successo della terapia richiede impegno costante nell'igiene orale domiciliare e nella partecipazione ai controlli di mantenimento;
- impegnarsi a seguire le indicazioni fornite dallo studio e a presentarsi alle sedute e ai controlli programmati;

- esprimere il proprio consenso libero e informato all'esecuzione del trattamento parodontale 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