

CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DEL LASER IN AMBITO ODONTOIATRICO

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo integra, per l'utilizzo della laserterapia nell'ambito di altri trattamenti odontoiatrici, 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:

- il laser odontoiatrico è uno strumento che può essere impiegato, a seconda dell'indicazione clinica, in trattamenti su tessuti duri (es. carie, sensibilità dentale) o su tessuti molli (es. piccoli interventi gengivali, supporto a terapie parodontali o endodontiche, riduzione di afte e lesioni del cavo orale);
- l'utilizzo del laser può, in alcuni casi, ridurre il fastidio percepito durante alcune procedure e favorire una guarigione più rapida dei tessuti molli, pur non sostituendosi alle tecniche convenzionali quando queste siano più indicate;
- la procedura viene eseguita con apposite protezioni per gli occhi del/della paziente e dell'operatore, secondo le norme di sicurezza previste per l'uso di tali apparecchiature;
- come ogni trattamento, comporta possibili effetti transitori, tra cui: sensazione di calore localizzato, lieve indolenzimento o secchezza dei tessuti trattati nelle ore successive;
- l'indicazione all'uso del laser viene valutata caso per caso dal Dottore, che ne stabilisce modalità, parametri e durata in base alla situazione clinica;
- esistono tecniche alternative o complementari, delle quali il/la paziente dichiara di essere stato/a informato/a insieme ai relativi vantaggi e limiti.

Descrizione sintetica dell'utilizzo previsto (ambito di applicazione, trattamento associato):

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 l'uso del laser è una metodica di supporto, la cui indicazione viene valutata in base al singolo caso clinico;
- esprimere il proprio consenso libero e informato all'utilizzo della laserterapia nell'ambito del trattamento sopra descritto.

☒ Acconsento all'utilizzo del laser

■ Non acconsento all'utilizzo del laser

Firme

Luogo e data: _____

Firma del paziente: _____

Firma del/della professionista: _____

Per emergenze: 347 636 6349