

SCHEDA INFORMATIVA: DIAGNOSI PRECOCE DELLA CARIE CON TELECAMERA INTRAORALE A FLUORESCENZA (TIPO DIAGNOCAM)

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Questa scheda informa il/la paziente sull'utilizzo, durante la visita, di una telecamera intraorale diagnostica per l'individuazione precoce della carie. Non sostituisce il Consenso Informato Generale né le altre informative dello studio.

Dati del paziente

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / _____

Informazioni sullo strumento e sul suo utilizzo

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

- nel corso della visita può essere utilizzata una telecamera intraorale diagnostica (es. tipo Diagnocam), che impiega una luce a fluorescenza per acquisire immagini ingrandite dei denti e individuare precocemente lesioni cariose, anche in fasi iniziali e in zone difficili da valutare a occhio nudo;
- si tratta di uno strumento di supporto alla diagnosi clinica e radiografica tradizionale, utile in particolare per documentare e monitorare nel tempo aree sospette, mostrando al/alla paziente le immagini acquisite a fini esplicativi;
- l'esame è del tutto indolore, non invasivo e non comporta l'emissione di radiazioni ionizzanti;
- le immagini acquisite vengono sempre interpretate dal Dottore alla luce dell'intero quadro clinico del/della paziente, e non costituiscono da sole una diagnosi definitiva;
- l'eventuale conservazione delle immagini a fini di documentazione clinica segue le stesse modalità e tutele previste per la documentazione sanitaria dello studio; un loro diverso utilizzo (es. didattico o divulgativo) richiede un consenso specifico e separato.

Dichiarazione del paziente

Il/la sottoscritto/a dichiara di:

- aver ricevuto le informazioni sopra indicate in modo comprensibile e di aver potuto porre domande, ricevendo risposte esaurienti;
- essere consapevole che si tratta di uno strumento diagnostico di supporto, integrato nella valutazione clinica complessiva.

Firme

Luogo e data: _____

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

Firma del/della professionista: _____

Per emergenze: 347 636 6349