

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI ENDOCARDITE INFETTIVA E PROFILASSI ANTIBIOTICA

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Questa scheda raccoglie informazioni cliniche necessarie a valutare l'eventuale necessità di una profilassi antibiotica prima di trattamenti odontoiatrici che comportano sanguinamento, in pazienti con specifiche condizioni cardiache. Integra l'anamnesi generale già raccolta dallo studio.

Dati del paziente

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Informazioni cliniche richieste

Il/la sottoscritto/a dichiara quanto segue riguardo alla propria storia cardiologica:

- ☐ Portatore/portatrice di protesi valvolare cardiaca (meccanica o biologica)
- ☐ Pregresso episodio di endocardite infettiva
- ☐ Cardiopatia congenita (specificare): _____
- ☐ Trapianto cardiaco con valvulopatia
- ☐ Altra condizione cardiaca segnalata dal cardiologo (specificare): _____
- ☐ Nessuna delle condizioni sopra indicate, per quanto a mia conoscenza

Terapie cardiologiche in corso e nominativo del cardiologo di riferimento (se disponibile):

Informazioni sulla profilassi

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

- in presenza di determinate condizioni cardiache, le linee guida raccomandano una profilassi antibiotica prima di alcune procedure odontoiatriche a rischio di sanguinamento, allo scopo di ridurre il rischio di endocardite infettiva;
- la necessità e le modalità della profilassi (farmaco, dosaggio, tempistica) vengono valutate dal Dottore, anche in collaborazione con il medico curante o il cardiologo, sulla base della condizione clinica specifica;
- è importante comunicare allo studio, prima di ogni trattamento, eventuali variazioni del proprio quadro cardiologico o delle terapie in corso;
- la mancata o incompleta comunicazione di queste informazioni può esporre il/la paziente a rischi per la salute.

Dichiarazione del paziente

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver fornito informazioni complete e veritiere sulla propria storia clinica cardiologica e si impegna a comunicare tempestivamente allo studio eventuali variazioni.

Firme

Luogo e data: _____

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

Firma del/della professionista: _____

Il presente documento ha valore informativo e di raccolta dati clinici; la valutazione definitiva sulla necessità di profilassi resta di competenza del professionista, in conformità al Codice Deontologico FNOMCeO e alle linee guida vigenti in materia.

Per emergenze: 347 636 6349