

CONSENSO INFORMATO ALLA CHIRURGIA ORALE CON TECNICA PIEZOELETTRICA

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo integra, per gli interventi di chirurgia orale eseguiti con tecnica piezoelettrica, 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 chirurgia piezoelettrica è una tecnica che utilizza vibrazioni a ultrasuoni per tagliare in modo selettivo il tessuto osseo, risparmiando i tessuti molli circostanti (mucose, vasi, nervi);
- questa tecnica può essere indicata in diverse procedure di chirurgia orale (es. estrazioni complesse, interventi su osso, rialzi del seno mascellare, prelievi ossei), in base alla valutazione clinica del Dottore;
- rispetto alle tecniche tradizionali, può comportare in molti casi minore traumatismo dei tessuti molli e maggiore precisione del taglio osseo, pur non eliminando i rischi propri di ogni intervento chirurgico;
- come ogni intervento chirurgico, comporta possibili rischi e complicanze comuni alla chirurgia orale, tra cui: dolore, gonfiore, ematomi, sanguinamento, infezione, ritardo nella guarigione, alterazioni transitorie della sensibilità nelle zone limitrofe;
- i tempi operatori con questa tecnica possono risultare, in alcuni casi, più lunghi rispetto alle tecniche tradizionali;
- esistono tecniche chirurgiche alternative, delle quali il/la paziente dichiara di essere stato/a informato/a insieme ai relativi vantaggi e limiti, e che la scelta della metodica viene effettuata dal Dottore in base alla situazione clinica specifica.

Descrizione sintetica dell'intervento programmato (sede, tipologia, eventuali procedure associate):

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 dei possibili rischi, complicanze e dei tempi di guarigione legati all'intervento chirurgico proposto;
- impegnarsi a seguire le indicazioni fornite dallo studio prima e dopo l'intervento;

- esprimere il proprio consenso libero e informato all'esecuzione dell'intervento sopra descritto con tecnica piezoelettrica.

■ 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