

CONSENSO INFORMATO AL RIALZO DEL SENO MASCELLARE (TECNICA TRANSCRESTALE / "MINI RIALZO" E TECNICA LATERALE / "GRANDE RIALZO")

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppari

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo integra, per gli interventi di rialzo del seno mascellare, 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 rialzo del seno mascellare è un intervento chirurgico che ha lo scopo di aumentare la quantità di osso disponibile nella regione posteriore dell'arcata superiore, quando questa risulti insufficiente per l'inserimento di impianti dentali, mediante l'innesto di materiale osseo (di origine sintetica, eterologa o autologa, secondo quanto stabilito dal Dottore);
- esistono due principali approcci, scelti dal Dottore in base alla situazione clinica specifica:
- il **rialzo transcrestale ("mini rialzo")**, una tecnica meno invasiva che agisce attraverso la stessa via di inserimento dell'eventuale impianto, indicata quando è necessario un incremento osseo limitato;
- il **rialzo per via laterale ("grande rialzo")**, una tecnica più estesa che prevede l'apertura di una piccola finestra nella parete laterale dell'osso mascellare, indicata quando è necessario un incremento osseo maggiore;
- l'intervento può essere eseguito contestualmente all'inserimento dell'impianto oppure in una fase precedente, seguita da un periodo di guarigione e maturazione dell'osso innestato, secondo la pianificazione stabilita dal Dottore;
- come ogni intervento chirurgico, comporta possibili rischi e complicanze, tra cui: dolore, gonfiore, ematomi, sanguinamento, infezione, ritardo nella guarigione; in casi specifici legati a questo tipo di intervento possono verificarsi la perforazione della membrana del seno mascellare, sanguinamenti dal naso, sinusiti transitorie, oppure la mancata integrazione, parziale o totale, del materiale innestato;
- l'esito dell'intervento dipende anche da fattori individuali (qualità e quantità dell'osso, stato di salute generale, abitudini quali il fumo) e richiede il rispetto dei tempi di guarigione indicati prima di procedere con le fasi successive del piano di trattamento;
- esistono soluzioni alternative (es. impianti di lunghezza ridotta, soluzioni protesiche non implantari), delle quali il/la paziente dichiara di essere stato/a informato/a insieme ai relativi vantaggi e limiti.

Descrizione sintetica dell'intervento programmato (tecnica scelta, sede, tipo di materiale da innesto, eventuale contestualità con l'inserimento implantare):

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 proposto, e che l'esito non può essere garantito in modo assoluto;
- impegnarsi a seguire le indicazioni fornite dallo studio prima e dopo l'intervento, nonché a rispettare i controlli e i tempi di guarigione previsti;
- esprimere il proprio consenso libero e informato all'esecuzione dell'intervento di rialzo del seno mascellare 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