

CONSENSO INFORMATO ALLA RIMOZIONE CHIRURGICA DI CISTI DENTALI (CISTECTOMIA / ENUCLEAZIONE)

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo integra, per gli interventi di rimozione chirurgica di cisti dentali, 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 cisti dentale è una formazione, generalmente benigna, che può svilupparsi nell'osso mascellare o mandibolare in associazione a un dente (es. a seguito di un'infezione, di un dente incluso o di altre cause), individuata tramite visita clinica e accertamenti radiografici;
- l'intervento di rimozione (cistectomia o enucleazione) consiste nell'asportazione chirurgica della formazione cistica e, quando necessario, del tessuto coinvolto, con eventuale trattamento del dente associato (es. terapia canalare, apicectomia o, nei casi indicati, estrazione);
- il materiale rimosso viene generalmente inviato per un esame istologico, al fine di confermarne la natura e orientare gli eventuali approfondimenti successivi;
- come ogni intervento chirurgico, comporta possibili rischi e complicanze, tra cui: dolore, gonfiore, ematomi, sanguinamento, infezione, ritardo nella guarigione, alterazioni transitorie della sensibilità delle zone limitrofe (labbro, mento, lingua) in base alla sede dell'intervento;
- in alcuni casi, in relazione alle dimensioni e alla sede della cisti, può residuare una cavità ossea che richiede tempi di guarigione più lunghi e controlli radiografici nel tempo per verificarne il completo riempimento;
- è possibile, sebbene non frequente, che la formazione si ripresenti (recidiva), rendendo necessari ulteriori controlli o, in alcuni casi, un nuovo intervento;
- esistono soluzioni alternative o tempistiche diverse di intervento, delle quali il/la paziente dichiara di essere stato/a informato/a insieme ai relativi vantaggi e limiti, incluso il rischio di un peggioramento della situazione clinica in caso di mancato trattamento.

Descrizione sintetica dell'intervento programmato (sede, dimensioni indicative, 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 proposto, e che l'esame istologico potrà comportare ulteriori valutazioni;
- impegnarsi a seguire le indicazioni fornite dallo studio prima e dopo l'intervento, nonché a rispettare i controlli programmati;
- esprimere il proprio consenso libero e informato all'esecuzione dell'intervento di rimozione della cisti 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