

Consenso ad Intervento di Terapia Endodontica

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in presenza del personale di studio e dei suoi accompagnatori, certi anche che la rilevazione anamnestica da lei sottoscritta sia completa essendo la sua salute al centro del nostro interesse, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico. Pertanto autorizzato ad effettuare o a richiedere esami radiografici ai fini diagnostici del tipo OPT, Rx endo orali, Dentascan, ed effettuata la visita specialistica con questi ausili riteniamo sulla base della nostra esperienza clinica che lei sia affetto/a

da: _____

Descrizione dell'intervento

La terapia da noi effettuata ha lo scopo di raggiungere il risultato clinico sperato pertanto agiremo in tutta scienza e coscienza per tale finalità sperando di raggiungere la guarigione clinica attraverso la rimozione con apposito strumentario della carie ed eventualmente apertura camera pulpare, rimozione del tessuto pulpare, strumentazione manuale e/o meccanica e successiva ricostruzione del dente.

Benefici dell'intervento

Conservazione del dente ed eliminazione di infezione, infiammazione e dolore derivanti dalla patologia dentale.

Rischi dell'intervento

Sono relativi: all'impiego possibile e/o inevitabile di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza; alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici; all'eventualità di ingestione accidentale di detti strumenti. Ad errori nella strumentazione e nella otturazione relativi a bruschi ed incontrollati movimenti per eccessivo stress del paziente con conseguenti perforazioni camerale o radicolari, come a complicanze nervose per piccole lesioni del nervo anestetizzato o per fuoriuscita del materiale dall'apice dentario con conseguenti sintomi compressivi sulle strutture nervose o per invasione di cavità preformate (seno mascellare).

Complicazioni

Dopo l'anestesia del tipo tronculare può persistere per qualche giorno un leggero fastidio di tipo muscolo articolare nei movimenti di apertura e chiusura della bocca, dopo la strumentazione del canale relativamente alla patologia parodontica acuta sieropurulenta possono presentarsi sintomi di dolore e/o gonfiore localizzato all'elemento dentario trattato e/o agli elementi limitrofi con possibilità di gonfiore fino a situazioni ascessuali.

Una volta effettuata l'otturazione canalare, è possibile la permanenza per tempi più o meno lunghi di sensibilità localizzata all'elemento dentario specialmente alla compressione dello stesso sia in articolazione che per stimolazione con sensazione di allungamento dell'elemento dentario trattato.

I denti devitalizzati risultano più fragili del normale, per la disidratazione relativa alla perdita della vitalità e perciò del nutrimento, per tale motivo risulta indispensabile a seconda della perdita di tessuto smalto dentinale, procedere ad una ricopertura protesica per l'alto percentuale di possibili fratture che determinerebbero sia la perdita del dente che l'inutilità del trattamento effettuato, nei tempi indicati dal professionista. Nell'attesa va ricordato che sull'elemento trattato vanno evitate sostanze alimentari o atti che per la loro intensità ne possano provocare la frattura, che purtroppo resta anche situazione occasionale. In alcuni altri casi, per raggiungere la guarigione, è possibile che sia necessario provvedere ad un lembo chirurgico diagnostico, alla resezione dell'apice dentario con otturazione retrograda della zona (apicectomia e otturazione retrograda) o anche all'estrazione dell'elemento dentario nonostante il trattamento ortograde.

Dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia endodontica ed eventualmente conservativa protesica indicata nel presente modulo, e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare. Inoltre a completa conoscenza delle problematiche inerenti la mia situazione clinica attuale, delle possibili alternative terapeutiche e dei loro costi, delle ulteriori procedure cliniche non adottate in questo studio, do il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Data

Data

Firma del Paziente per assenso e ricevuta

Firma del Paziente per assenso e ricevuta
