IM.PARO SRL
Dir.San. Drssa Alessandra Cardis
Via Trieste 1A
29122 Piacenza
Tel 0523331777
email info@essemme-od.it
PIVA 02533890345

essemme
dental studio

MODULO ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO PER L'ANESTESIA

Sig./ Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in via _____
C. F. _____

Drssa Mottola Maria Pia in qualità di legale rappresentante di IM.PARO SRL nata a Capua il 05/07/1977 e residente a Piacenza in Via Mazzini 30 C. F. MTTMRP77L45B715H

Gentile paziente, nel presente modulo sono riportati i concetti di cui è stato oralmente informato durante la visita, definiti e precisati nei loro aspetti essenziali, al fine di acqusire anche per iscritto il Suo consento all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

L'anestesia generalmente utilizzata in odontoiatria è di tipo locale. Essa consiste in una iniezione che si effettua vicino al dente o alla parte da curare, oppure direttamente sul tronco nervoso del dente stesso. Lo scopo è quello di ridurre o eliminare la percezione del dolore, consentendo al paziente di rimanere in stato di coscienza mantenendo, in questo, modo la capacità di comunicare con il dentista. L'anestetico è un farmaco, per questo motivo è indispensabile comunicare al dentista i farmaci assunti dal paziente ed eventuali allergie, al fine di evitare interazione con altri farmaci o reazioni allergiche. L'anestesia può comportare possibili effetti collaterali, più spesso di natura nervosa, quali eccitamento, tremori, disorientamento e vertigini, ma anche sudorazione, vomito, nausea e aritmia.

Farmaco per anestesia utilizzato nel Suo caso Alfacaina 40mg/ml (articaina) 1:100.000

Il paziente, come sopra identificato, dichiara sotto la sua responsabilità, di non essere allergico al farmaco indicato.

Dichiara, inoltre ☐ di non assumere altri farmaci _____

☐ di assumere altri farmaci _____

Io sottoscritto/a Mottola Maria Pia in qualità di legale rappresentante di IM.PARO SRL, dichiaro di essere a conoscenza e di aver compreso lo scopo e la natura dell'anestesia locale.
Dichiaro, inoltre, di aver essere in possesso di tutte le informazioni su eventuali allergie e su altri farmaci assunti dal paziente.

Piacenza,_____

Firma_____

Firma del Legale rappresentante _____