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

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI DI CHIRURGIA ED IMPLANTOLOGIA

Legge 22 dicembre 2017, n.219

PAZIENTE _____

NATO/A IL ___/___/_____ A _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

Io sottoscritto/a con la presente autorizzo lo studio IM.PARO SRL ed i suoi collaboratori ad effettuare le seguenti procedure

INTERVENTO DI CHIRURGIA ORALE _____

INSERIMENTO IMPLANTARE_____

Mi sono stati illustrati in dettaglio gli scopi e la natura dell'intervento e le eventuali alternative terapeutiche.
Sono stato/a, inoltre, informato/a dei rischi connessi all'intervento, in dettaglio:

- fallimento implantare precoce o tardivo e conseguente rimozione degli impianti ("rigetto")
- infezioni
- lesioni neurologiche
- ematomi
- disagio fisico e dolore post-operatorio

Mi sono state spiegate le più frequenti complicanze che possono verificarsi nel corso dell'intervento e nel periodo di guarigione successivo.
Ho compreso che durante e dopo l'intervento possono esserci modifiche al piano di trattamento e, se sono nel mio interesse, acconsento a tali variazioni.
Acconsento di sottopormi a tutti gli esami radiologici che l'odontostomatologo ritiene indispensabili eseguire prima, durante e dopo la fase chirurgica.
Ho compreso che il risultato dell'intervento non può essere garantito in modo assoluto in quanto nella riuscita dell'intervento è determinante la risposta del mio organismo che non può essere prevista in anticipo la capacità di guarigione dell'osso e dei tessuti molli.
Mi è stato tuttavia spiegato che il mio stato di salute generale ed orale consente di prevedere un risultato favorevole e duraturo nel tempo.
Le risposte che ho fornito nella cartella anamnestica relative al mio stato di salute, ai farmaci assunti e alle malattie in essere o pregresse sono rispondenti al vero e non ho omesso nessuna informazione su questi argomenti.
Accetto di seguire scrupolosamente tutte le norme pre e post operatorie che mi sono state illustrate e raccomandate.
Sono consapevole che il fumo, il consumo di alcool, la dieta inadeguata e la scarsa igiene orale durante il periodo di guarigione ed integrazione degli impianti possono compromettere il successo dell'intero trattamento.
Accetto il piano di cura e sono disponibile a sottopormi a tutte le fasi di trattamento per il tempo necessario a completare la riabilitazione.
Sono stato/a informato/a dell'importanza della terapia di mantenimento e dei controlli professionali periodici per il successo della terapia e che la mancata presenza alle visite di controllo ne pregiudica il successo e solleva il terapeuta da successive responsabilità.
Mi impegno, quindi, ad aderire al programma di richiami periodici personalizzato che lo studio ha organizzato per seguire nel tempo la riabilitazione stabilita.
Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento e all'utilizzazo di tutta la

documentazione anche radiologica, di proprietà dello studio IM.PARO SRL, per la proiezione durante corsi o congressi e per pubblicazioni scientifiche.
Sono informato che in caso di necessità potrò telefonare all'odontoiatra di guardia o all'anestesista che mi hanno seguito durante l'intervento. Sono informato che potrò assumere paracetamolo in caso di dolori. In caso di interventi successivi collegati a questo attuale (connessione) può beneficiare o non beneficiare, qualora espeimessi un parere contrario, di un trattamento tranquillante per via orale.

CERTIFICO CHE HO LETTO E CAPITO QUESTO CONSENSO INFORMATO, CHE HO RICEVUTO RISPOSTE ESAURIENTI A TUTTE LE MIE DOMANDE E CHE OGNI SPAZIO ERA COMPILATO PRIMA DI DEPORRE LA MIA FIRMA.

Osservazioni del paziente _____

Data __/___/_____ *Firma del paziente* _____

Firma del medico _____