

*Studio Dentistico Dott.ssa Daniela Gasparini*  
*Via Antonio Panizzi n. 63. 00135 Roma*  
*Tel. 0630816037*  
*Email studiodentisticogasparini@yahoo.it*

## DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tel/Cell \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Gentile Paziente,

questo modulo per la dichiarazione di consenso informato riporta alla Sua attenzione, in forma scritta, i concetti espressi nel precedente colloquio e nella scheda informativa relativi al trattamento chirurgico di “Grande rialzo di seno mascellare” nel suo specifico caso clinico, onde ricevere da Lei l’eventuale consenso a prestarLe le cure di seguito sintetizzate.

Corre l’obbligo comunque di rappresentarLe che il presente modulo è integrativo e non sostitutivo dell’informazione. Alla firma del presente atto avrà già avuto modo di vedere la GaspApp che le è stata inviata per mail o per wa.

L’informazione è stata data, mediante colloquio e consegna della scheda informativa sul trattamento impianto- protesico, il giorno:

Nome del professionista che ha somministrato l’informazione e ha raccolto il consenso:

**Dott. Giulio Gasparini**

Nome di altre persone che hanno assistito alla spiegazione:

### Ulteriori eventuali informazioni sono state fornite mediante:

Immagini \_\_\_\_\_ si  no   
Scritti \_\_\_\_\_ si  no   
Audio-visivi \_\_\_\_\_ si  no   
Tecnologie digitali \_\_\_\_\_ si  no

### Accertamenti diagnostici eseguiti:

Ortopantomografia delle arcate dentarie \_\_\_\_\_ si  no   
Tomografia Computerizzata dei mascellari \_\_\_\_\_ si  no   
Analisi cliniche di laboratorio \_\_\_\_\_ si  no

### Diagnosi:

Sono cosciente di essere affetto da Grave Atrofia del mascellare con conseguente a perdita degli elementi dentali del mascellare superiore e perdita del supporto osseo necessario a sostenere impianti dentali.

### Piano di trattamento:

Il piano di trattamento che mi è stato proposto è quello del Grande rialzo di seno mascellare. Dopo aver eseguito tale intervento, dovrò attendere 5-8 mesi prima dell’inserimento degli impianti e quindi ancora 3-4 mesi prima della loro protesizzazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma paziente \_\_\_\_\_

**Indagini strumentali e terapie odontoiatriche propedeutiche al trattamento implantoprotesico:**

- Rx ortopantomica
- Tc Cone Beam del mascellare superiore
- 

**Procedure Chirurgiche:**

L'intervento chirurgico verrà eseguito in:

- anestesia locale,
- sedazione cosciente,
- anestesia generale,

e consisterà nel:

- Incisione del fornice gengivale superiore
- Apertura di uno sportello osseo sulla parete anteriore del seno mascellare
- Elevazione della membrana del seno mascellare
- Innesto di materiale eterologo biocompatibile nello spazio vuoto venutosi a formare.
- Chiusura della botola con membrana biorassorbibile
- Sutura della ferita chirurgica

(N.B. L'impiego di impianti e biomateriali può subire modifiche in relazione a sopravvenute valutazioni cliniche intraoperatorie; in tale caso se le condizioni cliniche richiedono che il paziente fornisca valido ulteriore consenso rispetto a quanto precedentemente concordato verranno date informazioni aggiuntive perché possa farlo. In caso di diniego si procederà secondo il consenso dato in precedenza. In tale estrema ipotesi se la procedura terapeutica richiesta dal paziente contrasta con i convincimenti clinici del chirurgo, questi potrà astenersi dal praticarla sempre che, data la particolarità della circostanza, ciò non risulti di nocumento per il paziente).

**Prognosi in caso di mancato trattamento:**

Rimarrebbe una condizione di edentulia diffusa con impossibilità di inserimento degli impianti con la tecnica tradizionale

**Prognosi in caso di mancato inserimento degli impianti dopo il termine di 6-8 mesi:**

Rimarrebbe una condizione di edentulia diffusa con riassorbimento dell'osso innestato e ritorno alle condizioni preesistenti l'intervento di Grande rialzo di seno mascellare.

**Benefici:**

Ripristino delle normali dimensioni scheletriche sufficienti per consentire l'inserimento degli impianti.

**Rischi/Complicazioni**

Oltre ai rischi conseguenti gli interventi a carico del cavo orale quali ad esempio infezioni, emorragie, lesioni sui denti vicini, fratture parcellari o totali dei capi ossei, perdita temporanea o definitiva della sensibilità delle labbra o della lingua, lesioni mucose o cutanee ben descritte a voce e nella GaspApp o sul sito dello studio, rischi specifici per questo intervento sono:

- Perdita del tessuto innestato, di strumenti o frammenti dentali all'interno del seno mascellare
- Non attecchimento dell'osso innestato
- Fistole oro-sinusali
- Sinusite mascellare acuta
- Scarsa qualità/quantità osso
- 

Data

Firma paziente

**Limiti:**

Altissima difficoltà tecnica. Per tale motivo si evidenzia un aumentato rischio di complicanze o rischi specifici compreso l'aumentato rischio di mancato attecchimento/tenuta nel tempo degli impianti

Per il suo caso aumentano il rischio il:

- Paradontopatia
- Scarsa qualità/quantità osso
- 

**Controlli post trattamento**

Saranno necessari controlli settimanali durante la fase di guarigione delle ferite e mensili fino all'inserimento degli impianti. Dopo tale periodo i controlli andranno programmati secondo il piano di cura post trattamento degli impianti.

Sarà compito del paziente prenotare gli appuntamenti per la visita di controllo e l'igiene del cavo orale.

**Durata presumibile del trattamento** 12-18 mesi

(N.B. La durata del Suo trattamento può subire modifiche in relazione a eventi e/o circostanze non prevedibili, né prevedibili)

**Coinvolgimento altri sanitari**

Nel trattamento proposto verranno sicuramente coinvolti altri sanitari per:

- Collaborazione chirurgica
- Collaborazione protesica
- Collaborazione per igiene dentale
- Collaborazione odontotecnica

**Onorario del trattamento**

L'onorario del trattamento completo sarà di euro

ma potrà subire modifiche in caso di trattamenti non previsti al momento né prevedibili nell'attuale stato delle cose.

La presente dichiarazione, integrativa della comunicazione verbale, mi è stata lasciata in visione, unitamente alla scheda informativa sul trattamento impianto-protesico in generale, in data \_\_\_\_\_ per poterla esaminare e/o farla esaminare anche da persone di mia fiducia.

Ho altresì avuto la possibilità di richiedere tutte le spiegazioni ritenute utili, ottenendo risposte chiare e soddisfacenti dai sanitari proponenti il trattamento impianto-protesico.

In data \_\_\_\_\_ mi sono stati resi ulteriori chiarimenti ed eventuali integrazioni all'informativa:

Dichiaro:

- di avere compreso caratteristiche, modalità e finalità del trattamento impianto-protesico propostomi;
- che il medico/odontoiatra mi ha spiegato con chiarezza il contenuto della dichiarazione e della scheda informativa e quindi di avere compreso appieno anche i rischi del trattamento. Sono ben consapevole del fatto che qualunque atto medico può comportare rischi non sempre prevedibili né prevenibili;
- di essere consapevole che la firma del presente modulo di consenso informato da parte del medico e del paziente non costituisce esenzione di responsabilità in caso di eventuale errore di diagnosi, cura e terapia;
- di essere consapevole della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso al trattamento impianto-protesico propostomi e che sono stato informato delle possibili conseguenze del rifiuto/rinuncia del trattamento sanitario sulla mia salute;

Data \_\_\_\_\_

Firma paziente \_\_\_\_\_

- di prestare il mio consenso alle terapie prospettatemi. Mi impegno a sottopormi ai controlli previsti e all'esecuzione degli esami strumentali eventualmente necessari nella programmazione e realizzazione del trattamento impianto-protetico e in occasione dei controlli periodici post-trattamento;
- che sono stato informato che dovrò mantenere per sempre un'accurata igiene del mio cavo orale e dovrò eseguire controlli periodici semestrali affinché si evitino carie, parodontopatie o qualsiasi altra infezione del cavo orale che potrebbe compromettere il risultato definitivo.
- che sono stato informato che posso rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni;
- che sono stato informato che posso indicare un familiare o una persona di mia fiducia incaricata di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso al trattamento impianto-protetico in mia vece. A tale scopo chiedo che le informazioni siano fornite al/alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ e d il consenso al trattamento sia dallo/a stesso/a espresso.

Io sottoscritto dichiaro di avere letto integralmente e con attenzione la dichiarazione di cui sopra e la scheda informativa, di avere pienamente compreso i concetti relativi al trattamento impianto-protetico in generale e al mio specifico caso clinico.

Roma,

Firma del Paziente

Firma del Medico che ha informato

Firma di altre persone presenti

## LIBERATORIA AD ESEGUIRE L'INTERVENTO CHIRURGICO DI GRANDE RIALZO DI SENO MASCELLARE

Io sottoscritt

Nonostante il mio caso sia fortemente a rischio di insuccesso immediato o tardivo dichiaro di

Aver capito alla perfezione la procedura chirurgica

Aver capito alla perfezione i possibili rischi e complicanze immediate o tardive

Aver accettato il percorso terapeutico proposto compresi i controlli e le visite nel corso del tempo

Dò la LIBERATORIA ai medici curanti di eseguire l'intervento su me stesso.

Data

Firma paziente