

Dott. Giuseppe Ferrarelli

MEDICO CHIRURGO ODONTOIATRA
Via delle Albizzie, 51 – Roma – Tel. 062412327

Consenso informato per il paziente candidato all'implantoprotesi con rialzo del seno mascellare

Sono stato informato della natura e degli scopi dell'intervento implantoprotesico idoneo alla soluzione del mio caso:

A) Implantologia endossea. In particolare ho compreso che si tratta di un intervento mediante il quale verranno infisse nell'osso delle strutture artificiali destinate rimanervi(viti) sulle quali sarà successivamente costruita una protesi fissa o fissata con viti.

B) Ho compreso che lo scopo del trattamento implantoprotesico è quello di consentire l'applicazione di una protesi di tipo fisso. Mi sono state illustrate le possibilità alternative a questa metodica; in particolare mi è stato spiegato che senza questo tipo di trattamento, non potrà essere applicata una protesi fissa, ovvero che questa potrebbe essere fissata su miei denti pilastro, cosa che non ho voluto accettare. A tale scopo, nel mio caso specifico, sarà necessario aprire una finestra ossea nel seno mascellare e sollevare la membrana del seno, sottoponendovi materiali di sintesi da innesto osteoconduttivi, allo scopo di aumentare lo spessore di osso disponibile.

C) Sono stato informato sul tipo di innesto osteoconduttivo di origine biologica (autologo-eterologo-omologo) o sintetico (idrossilapatite e similari) se necessario e sulla natura dello stesso con le indicazioni, rischi e benefici comprendendo le probabilità di insuccesso dello stesso.

D) Sono stato informato che trattandosi di un intervento chirurgico, sarà necessario praticare un'anestesia locale, e mi è stato altresì spiegato accuratamente che il decorso postoperatorio comporterà dei disagi: dolore, gonfiore, difficoltà ad aprire la bocca e a deglutire, disagi dei quali non è possibile prevedere la durata trattandosi di reazioni individuali. Talvolta possono altresì verificarsi turbe della sensibilità di cui non è possibile prevedere la durata e che talvolta sono irreversibili.

E) In conseguenza di quanto sopra esposto mi impegno a rispettare le direttive che mi saranno impartite per quanto riguarda l'alimentazione e l'igiene della bocca, nonché ogni altra misura che sarà ritenuta utile, in ordine anche alla astensione di attività potenzialmente rischiose, quali guida di veicoli e uso di macchine (industriali) nel caso sia stata impiegata sedazione profonda (protossido d'azoto) o presidi anestesiológicos similari.

F) Sono stato informato che sarà necessario ricorrere, prima e dopo l'intervento all'uso di farmaci che mi saranno prescritti per il tempo indicatomi. Dovrò inoltre presentarmi per tutta la durata della cura, alle visite di controllo nelle date che mi saranno indicate. Sono stato informato, a questo proposito che il mancato rispetto di quanto sopra indicato potrebbe influire negativamente sull'esito della cura.

G) Mi sono state fatte delle precise domande sul mio stato di salute, alle quali ho risposto secondo verità sulla base delle mie conoscenze. Acconsento che si prenda contatto, se ritenuto utile, con il mio medico curante e con altri medici specialisti che mi abbiano avuto in cura, al fine di raccogliere notizie sul mio stato di salute, sciogliendoli dal segreto professionale.

H) Mi impegno a sottostare a tutti gli esami radiologici, clinici e di ogni altro genere, dei quali mi è stata omni sarà illustrata l'utilità ai fini della riuscita del trattamento, in ogni fase di esso.

I) Qualora il paziente disattenda l'assiduità dei controlli medici programmati cosciente del danno che potrà sopravvenirgli, manleva lo Studio Odontoiatrico e l'Operatore da ogni responsabilità civile e penale nei suoi confronti, che derivi direttamente dagli omissi controlli medesimi.

LI) Sono stato informato che, come in tutti gli interventi chirurgici potranno intervenire degli imprevisti e/o complicazioni che potranno arrivare fino alla ripetizione dell'intervento.

M) Sono stato informato che, in presenza di infiammazione o infezione, l'impianto dovrà essere rimosso, onde evitare danni per l'osso e per l'organismo in generale.

N) Sono stato informato della necessità di visite periodiche, al fine di controllare l'igiene orale, e le condizioni dell'impianto e mi impegno fin d'ora a rispettare le scadenze che mi saranno indicate.

O) Sono stato adeguatamente informato sul costo dell'intervento e le modalità di pagamento che accetto e sono altresì al corrente che nel corso della terapia potrà essere necessario impiegare materiali e mezzi che potranno far variare il costo complessivo del piano di terapia medesimo.

P) Sono al corrente che potrò interrompere in qualsivoglia momento il piano di terapia proposto corrispondendo allo Studio quanto dovuto fino al momento dell'interruzione delle cure.

Q) In caso di ridotta durata del manufatto protesico sono al corrente che lo Studio è disponibile a rifare gratuitamente il medesimo piano di terapia, e che se si dovrà estendere il piano protesico corrisponderò allo studio la sola differenza.

R) Qualora il manufatto protesico avesse una durata superiore ai cinque anni corrisponderò allo studio il costo di laboratorio se sarà possibile eseguire la medesima protesi.

S) Qualora quanto al punto "Q" non sia possibile, sarà quantificato il costo di laboratorio per una protesi similare e corrisponderò il sovrappiù per una protesi che possa restituire la situazione masticatoria precedente.

T) Sono al corrente che una corretta igiene orale può contribuire in modo rilevante alla durata di un impianto; mi sono state impartite direttive in merito a ciò.

Generalità del Paziente: NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____

Roma, li _____

Il paziente _____

Ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, consapevole che si tratta di confermare limitazioni alla mia libertà contrattuale specificatamente confermo e approvo le seguenti clausole del consenso informato da me sopra sottoscritto:

- conseguenze negative anestesia, con possibili turbe della sensibilità anche irreversibili;
- eventuale deroga al segreto professionale e rinuncia alla privacy;
- manleva legale, sia civile che penale di tipo colposo per assenza di controlli programmati;
- ripetizione dell'intervento;
- rimozione dell'impianto in caso di infezioni;
- rifacimento protesico con aumento dei costi per estensioni della protesi medesima;
- corresponsione dei costi della protesi da rifare.

Modulo per richiami futuri da compilare all'ultimo accesso del paziente allo studio
(Il seguente modulo è parte integrante del consenso-contratto)

Con il presente si stabiliscono fin d'ora le date dei controlli obbligatori per una corretta stabilizzazione protesica; si rammenta che, come già riportato al punto "I" manleva legale, sia civile che penale, di tipo colposo, per assenza dei controlli programmati, e al punto, e al punto si rinuncia alla restituzione della parcella, per problemi derivanti dalla mancata effettuazione dei controlli obbligatori, già sottoscritti dal paziente con il consenso informato, la mancata presenza ai controlli non darà diritto alla assistenza gratuita.

CONTROLLI OBBLIGATORI:

dopo tre mesi _____ firma del paziente _____ firma del medico _____

dopo sei mesi _____ firma del paziente _____ firma del medico _____

dopo un anno _____ firma del paziente _____ firma del medico _____

dopo due anni _____ firma del paziente _____ firma del medico _____

dopo tre anni _____ firma del paziente _____ firma del medico _____

dopo quattro anni _____ firma del paziente _____ firma del medico _____

dopo cinque anni _____ firma del paziente _____ firma del medico _____

CONTROLLI INTERMEDI NON OBBLIGATORI

data _____ firma del paziente _____ firma del medico _____

data _____ firma del paziente _____ firma del medico _____

data _____ firma del paziente _____ firma del medico _____

Il paziente accetta di sottoporsi ai controlli ed ha preso nota delle date cui il medesimo sarà sottoposto. Gli appuntamenti dopo tre mesi, e se possibile (agenda permettendo) quello dopo sei mesi, sono dati al momento dell'ultimo accesso allo studio, ovvero al termine delle cure. Al rientro il paziente firmerà sulla riga apposita ed il medico controfirmerà l'avvenuto accesso.

Tale modulo è stilato in due copie, una per il paziente ed una per lo studio.

Roma li _____

Il Paziente _____