

*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 “asportazione di neoformazione osteolitica mascellare/mandibolare” 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 o sul sito dello studio all’indirizzo [www.studiodentisticogasparini.com](http://www.studiodentisticogasparini.com)  
L’informazione è stata data, mediante colloquio e consegna della scheda informativa sul trattamento di rimozione della neoformazione osteolitica, 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   
Modelli in gesso delle arcate dentali \_\_\_\_\_ si  no

### Diagnosi:

Sono cosciente di essere affetto da una neoformazione osteolitica del mio osso mascellare/mandibolare con/senza coinvolgimento di elementi dentali.

### Piano di trattamento:

Il piano di trattamento che mi è stato proposto è quello di asportare la neoformazione e di sottoporla ad esame istologico definitivo. In relazione a tale risultato potrebbero essere necessari ulteriori trattamenti chirurgici. Nel corso dell’intervento verranno tolti gli elementi dentali coinvolti nella neoformazione osteolitica.

Data \_\_\_\_\_

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

**Indagini strumentali e terapie odontoiatriche propedeutiche al trattamento impianto-protetico:**

- Rx ortopantomica
- Tc Cone Beam del mascellare superiore
- 

**Quali sono le Controindicazioni al trattamento?**

Le controindicazioni assolute sono rappresentate da: - condizioni generali del paziente, che costituiscono un impedimento assoluto a ogni tipo di procedura chirurgica orale, da identificare in modo puntuale; - terapie con farmaci anti-riassorbitivi ossei per uso oncologico - radioterapia del distretto testa-collo, - chemioterapia oncologica

**Quali fattori possono condizionare il trattamento o comprometterne il risultato?**

- intolleranze e/o allergie a farmaci e materiali collegati al trattamento,
- malattie generali che colpiscono l'osso o che interferiscono nei processi di guarigione della ferita;
- alterazioni vascolari che coinvolgono la sede di inserzione dell'impianto, -
- difetti di coagulazione, - diabete mellito (solo in mancanza di adeguato controllo della glicemia);
- effetti di particolari farmaci per il trattamento di malattie ossee quali, ad esempio, i bifosfonati;
- fumo (consumo > 10 sigarette al giorno), - eccessiva assunzione di sostanze alcoliche,
- gravi stati di dipendenza da droghe
- insufficiente igiene orale,
- pregressa parodontite,
- carente collaborazione (mancato rispetto degli appuntamenti concordati, mancato rispetto delle istruzioni ricevute).

**Esami radiologici**

Accertamenti radiodiagnostici del distretto maxillo-facciale preventivi, intraoperatori e di controllo rappresentano parte integrante imprescindibile del piano di trattamento.

**Come si esegue l'intervento per l'asportazione della neoformazione?**

La procedura chirurgica prevede:

- anestesia locale mediante iniezione di farmaci anestetici locali con o senza vasocostrittore, eventualmente associata a sedazione cosciente;
- incisione e scollamento dei tessuti molli, per consentire l'accesso all'osso sottostante;
- preparazione di una botola ossea per avere accesso alla neoformazione
- asportazione della neoformazione
- apicectomia o estrazione degli elementi dentali coinvolti
- courettage (pulizia) dell'osso coinvolto dalla neoformazione
- applicazione dei punti di sutura, se necessario.
- il materiale prelevato verrà inviato ad eseguire esame istologico definitivo

***In relazione al risultato istologico potrebbero essere necessari interventi chirurgici secondari di allargamento dei margini di asportazione.***

**È necessario assumere farmaci?**

La terapia medica pre e post-intervento può consistere nella somministrazione di antibiotici, antinfiammatori e antidolorifici.

**Quali accorgimenti è necessario adottare nel periodo post-operatorio?**

(conseguente alla fase di inserimento dell'impianto e/o all'eventuale fase di scopertura)

Durante il decorso post-operatorio è necessario:

- applicare impacchi di ghiaccio sulla zona operata nelle ore successive all'intervento, se ritenuto utile;

Data

Firma paziente

- riprendere l'alimentazione solo dopo la scomparsa dell'effetto anestetico, per evitare di mordersi involontariamente le guance, le labbra e la lingua;
- assumere cibi liquidi e freddi per il giorno dell'intervento,
- non porsi alla guida immediatamente dopo l'esecuzione dell'intervento,
- procedere alle normali manovre di igiene orale, fatta eccezione per la zona dell'intervento, e associare l'utilizzo indispensabile di antisettici locali (collutori, gel medicati, spray, etc.); - evitare la pratica sportiva nei giorni successivi all'intervento;
- astenersi dal fumo, o quanto meno ridurre il numero delle sigarette fumate, per un periodo più o meno lungo in funzione dell'intervento eseguito;
- evitare per alcune settimane traumatismi nella zona dell'intervento.

Nel decorso post-operatorio si possono verificare:

- eventi frequenti quali ecchimosi (lividi), ematoma, edema (gonfiore) dei tessuti molli, sanguinamento, dolore, limitazione all'apertura della bocca, difficoltà nella masticazione di cibi solidi. Tali manifestazioni sono, in genere, di entità contenuta e controllabili con opportuna terapia;
- eventi occasionali come secrezioni, ascesso, cedimento dei punti di sutura, ingrossamento dei linfonodi del collo, per i quali è opportuno informare il medico.

### **Quali benefici è possibile ottenere con l'intervento?**

Asportare la neoformazione è un intervento chirurgico indispensabile per preservare l'integrità strutturale ossea e per evitare infezioni che in qualche caso possono essere anche molto gravi ed infine per evitare l'ingrandimento della neoformazione stessa e la sua potenziale trasformazione in neoplasia maligna.

### **Quali sono le potenziali complicanze del trattamento implanto-protetico? (Un evento avverso o il mancato successo del trattamento implanto-protetico non sempre sono evitabili nonostante l'esecuzione della più corretta pratica diagnostico-terapeutica.)**

Le complicanze del trattamento implanto-protetico sono relative a:

- impiego inevitabile di anestetico locale, che potrebbe dar luogo a reazioni allergiche, a manifestazioni tossiche ovvero a reazioni cardiovascolari. Si evidenzia tuttavia che le reazioni allergiche a tali farmaci sono rare; altresì rare sono le manifestazioni tossiche salvo casi di accertate e gravi patologie sistemiche (epatopatia, nefropatia, ecc); rare sono le reazioni cardiovascolari, maggiormente possibili in caso di preesistenti cardio-vasculopatie (per tale motivo è importante che il paziente ne segnali all'odontoiatra l'eventuale presenza); particolari terapie farmacologiche, correlabili a fenomeni di necrosi delle ossa mascellari; - mancata osteointegrazione, dovuta a cause non prevenibili, con conseguente perdita dell'impianto (in questo caso, quando possibile, si potrà ricorrere all'inserimento di un nuovo impianto in sostituzione di quello perduto);
- imprevedibile e/o anomala guarigione dei tessuti duri e molli durante la fase di guarigione, che può esitare in risultati funzionali ed estetici non ottimali o duraturi;
- lesione del nervo alveolare inferiore e/o del nervo linguale, che può provocare alterazione della sensibilità temporanea o permanente rispettivamente del labbro inferiore/mento e dell'emilingua omolaterale, negli interventi sulla mandibola;
- perforazione della membrana di rivestimento del seno mascellare (cavità presente nell'osso mascellare) durante l'intervento di rialzo del pavimento dello stesso, che può esporre al rischio di sinusite acuta o cronica, e che, se di grandi dimensioni, può richiedere la sospensione dell'intervento, che dovrà essere rimandato a guarigione ottenuta;

### **Avvertenze:**

La buona riuscita del trattamento chirurgico è fortemente influenzata dall'impegno del Paziente nel:

- seguire le raccomandazioni post-operatorie ricevute, rispettando le prescrizioni farmacologiche, osservando le indicazioni per un'alimentazione appropriata nei giorni post-intervento, avvisando

Data

Firma paziente

tempestivamente l'odontoiatra di qualsiasi manifestazione patologica insorta nel post-operatorio (sanguinamenti eccessivi, perdurare dell'anestesia, del gonfiore e del dolore, rialzi febbrili, ecc.);

- presentarsi a tutti i controlli prescritti dall'odontoiatra nel periodo di osteointegrazione dell'impianto;

- seguire attentamente le indicazioni per l'igiene domiciliare e professionale.

Il controllo post operatorio è indispensabile sia in forma clinica che radiologica per evidenziare eventuali recidive.

Generalmente il follow up è così caratterizzato:

- Rx ortopantomica o ConeBeam CT immediatamente successiva al trattamento
- Cone Beam CT a 6 mesi per valutare la guarigione ossea
- Cone Beam CT 1 volta all'anno per i primi 2 anni
- Rx Ortopantomica ogni anno per il resto della vita

*Le visite cliniche, le sedute di pulizia e gli esami radiologici di controllo non rientrano nel piano economico di questo trattamento riabilitativo e dovranno essere pagate di volta in volta.*

*Il follow up potrà essere modificato in relazione al risultato dell'esame istologico definitivo*

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

### **Nel trattamento proposto verranno sicuramente coinvolti altri sanitari per:**

- Collaborazione chirurgica
- Collaborazione per igiene dentale

### **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 chirurgico di asportazione della neoformazione osteolitica, 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-protetico.

In data

mi sono stati resi ulteriori chiarimenti ed eventuali integrazioni all'informativa: Dichiaro:

- di avere compreso caratteristiche, modalità e finalità del trattamento di asportazione della neoformazione osteolitica propostomi;
- che il medico 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;

Data

Firma paziente

- di essere consapevole della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso al trattamento di asportazione della neoformazione osteolitica propostomi e che sono stato informato delle possibili conseguenze del rifiuto/ rinuncia del trattamento sanitario sulla mia salute;
- 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 di asportazione della neoformazione osteolitica 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 di asportazione della neoformazione osteolitica in mia vece.
- A tale scopo chiedo che le informazioni siano fornite al/alla Sig./Sig.ra ed 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 di asportazione della neoformazione osteolitica in generale e al mio specifico caso clinico.

#### LIBERATORIA AD ESEGUIRE L'INTERVENTO CHIRURGICO DI ASPORTAZIONE DI NEOFORMAZIONE OSTEOLITICA

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