

AMBULATORIO POLISPECIALISTICO
MAX MEDICAL srl
Direttore Sanitario **Masolo Dott. Massimo**
Via Trevisan, 7 - 36100 VICENZA
Tel. 0444 505093
Part. IVA: 03290110240

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO PER LA TERAPIA CHIRURGICA ORALE

Gentile paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere , anche per iscritto , il suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Io sottoscritto confermo di aver parlato con Dott MASSIMO MASOLO che dopo una accurata valutazione clinica , radiografica e di ogni indagine ritenuta utile e necessaria mi ha così spiegato la mia condizione (diagnosi):

Descrizione dell'intervento :

Eliminazione di una patologia in atto attraverso un intervento chirurgico locale .Estrazione di uno o di più denti inclusi o seminclusi; asportazione di lesioni cistiche, radici,possibile apertura di un lembo di accesso o relativa sutura.

Benefici dell'intervento:

Eliminazione di una situazione patologica in atto ed eliminazione dei sintomi a essa associati: dolore, gonfiore,febbre. L'avulsione di un elemento dentario si può rendere necessaria per evitare processi infiammatori, danneggiamento dei denti vicini, peggioramento della patologia infiammatoria.

Rischi dell'intervento :

Sono relativi: all'impiego inevitabile di anestetico locale , con vasocostrittore o senza, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza ; alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici; all'eventualità di indigestione accidentale di detti strumenti; a possibili lesioni ossee o parodontali. Si possono altresì ledere strutture quali il nervo alveolare inferiore con susseguenti parestesie/o anestesi o il seno mascellare.

Complicazioni:

Dopo intervento è possibile avere dolore, infezione, infiammazione o emorragia facilmente controllabili, raramente può verificarsi una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della temperatura. Le complicazioni si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni del proprio dentista (allegate).

Alternative:

Sono stato informato ed ho capito finalità e natura delle possibili alternative nella terapia di tale condizione e tra tutte è stata scelta :

Sono stato informato e ho capito che garanzie totali di riuscita del trattamento medico o chirurgico non possono essere stabilite e che potrebbero essere necessarie ulteriori cure o una modifica dell'intervento (qualora durante lo stesso se ne presentasse la necessità). Sono stato informato e ho capito le possibili complicazioni e rischi di questa terapia chirurgica. Sono concorde sul tipo di anestesia che verrà eseguita e sull'eventuale uso di medicinali necessari alla mia guarigione ; sono stato informato e ho capito eventuali effetti collaterali e rischi dovuti a tali sostanze. Ho illustrato al dottore il mio stato generale di salute, precedenti interventi chirurgici ed eventuali allergie. Concordo nel seguire le indicazioni del dottore prima e dopo l'intervento e nel presentarmi regolarmente alle visite di controllo. Acconsento a che siano prese delle fotografie , o riprese filmate qualora venisse ritenuto opportuno, per documentare l'intervento o a scopo di studio. Ho ricevuto dal DOTT MASSIMO MASOLO le istruzioni scritte pre-postoperatorie. Confermo di avere avuto il tempo necessario per riflettere e capire le informazioni ricevute e il significato del presente modulo, con il quale do il mio assenso al DOTT MASSIMO MASOLO o altri da lui indicato alla terapia sopracitata. Io sottoscritto MASOLO EMANUELE dichiaro di essere stato informato e di aver compreso, lo scopo e la natura dell'intervento di chirurgia orale indicati nel presente modulo, e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento. Sono consapevole che senza una buona igiene orale la terapia effettuata non potrà ritenersi stabile a lungo termine e prendo atto che non vi possono essere garanzie di successo senza una mia collaborazione. Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate

Vicenza, il 09/09/2025

Firma del Paziente

Firma del genitore o del legale rappresentante