

TERAPIA CON PROTESI MOBILE

Rischi

L'appoggio mucoso può portare nel tempo ad un aumento del riassorbimento osseo.

Complicanze

In genere non particolarmente rilevanti.

Si possono avere lesioni da decubito, dolenzia degli elementi dentari portanti gli appoggi nella protesi parziale, maggiore sensibilità degli stessi alla carie ed ai problemi parodontali.

Nella protesi totale il problema più sentito è l'instabilità che spesso è collegata a situazioni anatomiche e funzionali del paziente anche variabili nel tempo.

Un uso scorretto delle protesi mobili, con particolare riferimento ad una igiene orale insufficiente, può provocare infezioni delle mucose orali.

Sono descritti rarissimi casi di patologie tumorali a carico delle mucose orali nei portatori di protesi mobile. I materiali utilizzati (resina acrilica, leghe in cromo- cobalto – molibdeno od auree, denti in commercio o personalizzati in resina acrilica, materiale composito e ceramica) possono avere in soggetti predisposti effetti allergizzanti a breve od a lungo termine.

TERAPIA CON PROTESI FISSA

Rischi

Nella preparazione protesica si determina il sacrificio biologico di tessuto dentale e possibilità di devitalizzazione. La durata della terapia può essere lunga con possibili disagi temporanei legati alla protesi provvisoria, complicanze gnatologiche (click articolari, indolenzimenti muscolari sono susseguenti al trattamento protesico).

Complicanze

Una volta applicata la protesi, è necessaria una corretta igiene orale, per salvaguardare il sigillo a livello gengivale. Inoltre eventuali imperfezioni tecniche del manufatto non visibili (es. bolle d'aria nell'armatura o nella ceramica) non sono imputabili al trattamento odontoiatrico

TERAPIA CONSERVATIVA ED ENDODONTICA

Rischi

Possibili traumi sulle mucose da strumentazione. Eventuale ingestione accidentale di strumenti.

Complicanze

L'obiettivo di questa terapia è la conservazione del dente, se possibile vitale; pertanto, in particolari situazioni quali carie profonde, possono persistere per periodi più o meno lunghi i sintomi quali sensibilità termica e dolore. In situazioni limite tali sintomi possono accentuarsi, dando origine a patologie più complesse con questa evoluzione: **carie profonda >infiammazione acuta della polpa>necrosi pulpare>ascesso**, con la necessità di effettuare terapia endodontica.

Nei denti devitalizzati è possibile una percentuale di insuccesso o di recidive che richiedono il ritrattamento. E' inoltre frequente la frattura dei denti devitalizzati causata da una eccessiva perdita di tessuto dentale sano, con il rischio di dover procedere alla estrazione del dente; tutto questo si può prevenire con la terapia protesica fissa.

Un'otturazione in amalgama può in rari casi causare una pigmentazione scura del dente e/o dei tessuti circostanti. Una ricostruzione in materiale composito può nel tempo cambiare tonalità di colore.

Io sottoscritto/a _____

dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie odontoiatriche indicate nel presente modulo e delle possibili alternative verbalmente illustrate e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicanze ad essi correlate.

Dichiaro di essere, altresì, disponibile all'esecuzione di impronte, di fotografie e di quegli esami radiografici, tutti caratterizzati da bassa emissione di radiazioni, cui il medico curante riterrà opportuno sottopormi.

Dichiaro di aver letto attentamente il presente documento, di averne compresa ogni sua parte e di avere ricevuto chiare ed esaurienti risposte ai dubbi e alle domande da me posti, in merito alle complicanze insite nelle procedure proposte alle eventuali alternative terapeutiche, nonché alle possibili conseguenze nel caso di rifiuto ai trattamenti proposti e pertanto:

- ACCONSENTO ALLE TERAPIE PROPOSTE SI NO
- ACCONSENTO ALL'UTILIZZO DI ANESTETICI LOCALI SI NO
- ACCONSENTO ALLA SEDAZIONE E ANALGESIA FARMACOLOGICA.....SINO
- ACCONSENTO ALL' USO DI EMOCOMPONENTI.....SI NO

Dichiaro, altresì, di aver ricevuto l'informativa ai sensi del D.Lgs. 196/03: "Codice in materia di protezione dei dati personali":

- ACCONSENTO che i miei dati nel rispetto dell'anonimato vengano inviati a Registri scientifici che quindi successivamente possa essere contattato/a per informazioni sulla mia patologia
- ACCONSENTO che i miei dati inerenti alla mia patologia possano essere utilizzati per ricerca scientifica intendendosi anche la riproduzione fotografica di immagini diagnostiche o di atti terapeutici quali foto e filmati intraoperatori.

Data del consenso _____

Firma del Paziente/Tutore/Es. Patria Potestà

Firma del Medico

Firma dell'altro Genitore

In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la patria potestà, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la patria potestà, ovvero di essere l'unico esercente la patria potestà esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri.