

 AUSL 4 TERAMO il meglio è nel tuo territorio	U.O.S.D. di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia Responsabile Dott. P. Di Emidio	Nota MAXILLO FACCIALE nota 34 <u>Revisione 2 del 13.12.2021</u> Numero pagine 3
--	---	---

**FOGLIO INFORMATIVO PER PAZIENTI CHE NECESSITANO DI PROFILASSI
ANTIBIOTICA PRIMA DI INTERVENTI DI CHIRURGIA ODONTOIATRICA**
(ad esempio portatori di protesi valvolare cardiaca)

Il / la Sig. / ra _____ nato/a a: _____

il ____/_____/_____ portatore di protesi (ortopedica, vascolare, cardiaca)

: _____ sarà sottoposto/a a terapia di chirurgia orale finalizzata a

: _____ e necessita di profilassi antibiotica con:

Il / La paziente _____ dichiara di essere portatore di protesi

Lo specialista che segue il / la paziente per la patologia che ha portato all'impianto di protesi è stato informato che verrà eseguito un intervento di chirurgia orale che prevede cruentazione invasiva di un segmento anatomico del distretto orale del / della paziente.

In considerazione della patologia di base, lo specialista richiede che sia attivata una procedura di profilassi antibiotica che il / la paziente dovrà iniziare il giorno _____ e proseguirà fino al giorno _____ con la seguente posologia : _____

Il / La paziente è stato informato che la terapia antibiotica prescritta deve essere seguita in modo diligente perchè l'eventuale non adeguamento alla terapia stessa può comportare lo sviluppo di infezioni batteriche che potrebbero coinvolgere la protesi impiantata con complicanze che possono portare se non controllabili ad infezioni delle protesi stesse che possono comportare la necessità di impianto di nuove protesi e /o terapie antibatteriche molto lunghe, anche della durata di mesi. In casi particolarmente aggressivi queste infezioni possono, se pur raramente, comportare setticemia del paziente, cioè infezione grave di tutti gli organi con pericolo di vita per il paziente stesso

 AUSL 4 TERAMO il meglio è nel tuo territorio	U.O.S.D. di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia Responsabile Dott. P. Di Emidio	Nota MAXILLO FACCIALE nota 34 <u>Revisione 2 del 13.12.2021</u> Numero pagine 3
--	---	---

L'intervento di chirurgia orale proposto nel piano di cure, che necessita di profilassi antibiotica, si è reso necessario perchè la struttura anatomica intraorale interessata è stata coinvolta da una patologia che ne ha determinato l'impossibilità di un recupero conservativo con presenza di episodi infettivi acuti e cronicizzati che comportano, loro stessi, la possibilità di creare infezioni a distanza, soprattutto a carico delle protesi impiantate\.

Il / la paziente, messo al corrente del rischio di una mancata profilassi antibiotica in caso di chirurgia orale accetta di seguire in modo puntuale la terapia stessa ai dosaggi e per il tempo prescritti dallo specialista. Dichiaro altresì di non avere mai avuto episodi di allergia o intolleranza alla molecola antibiotica prescritta o a molecole della stessa famiglia farmacologica.

Il / La paziente dichiara di essere stato messo al corrente, durante il colloquio informativo, del rischio connesso a infezioni del cavo orale non trattate secondo le linee guida attuali e al rischio di non seguire correttamente le prescrizioni terapeutiche programmate.

Il / La paziente dichiara di essere stato correttamente informato sulla possibilità che anche seguendo la terapia antibiotica profilattica come da linee guida, non è possibile escludere al cento per cento la possibilità di disseminazione batterica al di fuori del sito operato con conseguente batteriemia, cioè distribuzione di batteri nel resto del corpo attraverso il letto vascolare e linfatico.

Il personale Sanitario invita il / la paziente a leggere attentamente il presente opuscolo, a chiedere tutti i chiarimenti necessarie e chiarire tutti i dubbi prima dell'inizio delle fasi terapeutiche. Visto, letto e sottoscritto.

Leggere attentamente e/o seguire le istruzioni date dal medico per la condotta post-operatoria **Note aggiuntive**

Test di verifica della qualità del foglio informativo

Ritiene che le informazioni che le sono state fornite con questo opuscolo siano sufficienti e chiare?

SI ☐

NO ☐

Vorrebbe avere altre informazioni ?

(qualora le informazioni non siano sufficienti o chiare indicare se possibile su quale argomento e attendere il colloquio con il medico)

FIRMA DEL PAZIENTE _____ **Data** ____/____/____

FIRMA DEL MEDICO _____ **Data** ____/____/____