

 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 45 <u>Revisione 2 del 25.01.2017</u> Numero pagine 3
---	--	--

Informazioni Mediche per la Rimozione di impianto Dentale

Gentile Signore/a

Affinché sia informato/a in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento di cui necessita, dopo i colloqui precedentemente avuti, La preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permetterLe di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrà chiedere al personale preposto ogni ulteriore chiarimento e delucidazione di cui ha bisogno.

E' importante che riferisca i farmaci di cui fa abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, bifosfonati e altri); è importante inoltre che riferisca se ha già presentato delle manifestazioni allergiche nei confronti di farmaci o sostanze, o eventuali precedenti anestesie. Infine è necessario che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Indicazioni all'intervento chirurgico

Lo scopo dell'intervento chirurgico di cui necessita è:

- rimozione dell'impianto dentale .
- Eliminare processi infiammatori e infezioni ossee
- Realizzare un'eventuale riabilitazione protesica a guarigione avvenuta
- Preservare elementi dentali contigui
- Ripristino per quanto il caso lo consenta, della funzionalità e dell'estetica.

Descrizione dell'intervento

L'intervento viene eseguito in anestesia locale o generale in base alle condizioni cliniche del paziente.

L'intervento viene effettuato con l'utilizzo di strumentario sterile o monouso, e eventualmente, l'ausilio di strumenti rotanti montati su manipoli. Dopo accurata toilette chirurgica della parte interessata dalla flogosi si procede ad eventuale sutura.

Rischi e Complicanze

Come tutti gli atti medici e chirurgici, che, pur se condotti in maniera adeguata con competenza e esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche gli interventi di chirurgia orale possono comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

- Traumatismi occasionali su mucose orali e lingua a causa dell'uso di strumentazione meccanica, laser e elettrobisturi.
- Lesioni accidentali a tessuti parodontali e muco gengivali.
- Lesioni o perdita di denti adiacenti.
- Ipoestesia e/o parestesia per lesioni temporanee o permanenti dei nervi trigemino, faciale, linguale e derivazioni.
- Emorragia post-estrattiva e conseguente emostasi.
- Infiammazioni, infezioni e /o suppurazioni delle stesse.
- Perdita o riduzione della sensibilità del territorio di innervazione dei V e VII paio di nervi cranici (trigemino e faciale) legata alla recisione delle fibre terminali nervose.
- Recidiva della stessa per complicanze legate all'uso pregresso o attuale di farmaci (bifosfonati e altri)
- Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale/locale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

Dopo l'intervento è possibile avere dolore con eventuale infiammazione delle parti interessate, gonfiore e tumefazione, e difficoltà nella masticazione e deglutizione.

Si raccomanda per questo, di seguire scrupolosamente le indicazioni del chirurgo operatore per la gestione della fase post-chirurgica come l'applicazione del ghiaccio, la dieta, le eventuali terapie farmacologiche e le precauzioni necessarie.

Non dimentichi di informarci sui farmaci di cui fa uso, su eventuali allergie e di portarci in visione, la sua documentazione clinica.

Non esistono alternative al trattamento propostoLe.

Speriamo, con quanto sopra riportato, di essere stati esaurienti, non esiti comunque a porci tutti i quesiti e le domande che riterrà opportune perché anche il più piccolo dubbio e la più piccola incertezza devono essere risolti con le spiegazioni necessarie che saremo lieti di fornirle.

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)

DICHIARO CHE NEL CORSO DELL'AVVENUTO COLLOQUIO CON IL

DR. _____

- ho ricevuto informazioni chiare ed esaurienti sulle **caratteristiche del trattamento, sulle alternative terapeutiche, sui potenziali benefici, sugli eventuali rischi e complicanze.**
- ho avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte esaurienti;
- ho avuto modo di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio della lettura del foglio informativo che mi è stato consegnato ed illustrato con adeguato anticipo;
- sono stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento proposto, dei rischi e delle complicanze, che possono verificarsi, delle possibili alternative terapeutiche, e sulla qualità della mia vita in caso di rifiuto;

INOLTRE DICHIARO

- di aver compreso le informazioni fornite nel foglio informativo e durante il colloquio;
- di essere consapevole che la decisione di **accettare** il trattamento proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento;
- di essere a conoscenza che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni potrò rivolgermi al dr. _____

_____ UOSD di Chirurgia Maxillo facciale e Odontostomatologia di
Teramo _____, Tel. _____;

- di aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- di essere a conoscenza che riceverò in ogni caso la migliore assistenza possibile per le mie condizioni di salute e che il foglio informativo e il modello di registrazione del mio consenso/dissenso saranno conservati in cartella clinica e/o nella documentazione sanitaria.

•

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

•

FIRMA DEL MEDICO _____

Data ____/____/____

(Il Medico deve apporre la propria firma e la data)