

ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE ODONTOIATRICA

Consenso informato di  
**ACCETTAZIONE TERAPIA  
FUORISTANDARD D4**

Gentile Paziente,  
i dentisti Dentist4 si impegnano ad eseguire tutte le terapie seguendo il disciplinare di qualità che si sono dati, tuttavia, poiché la natura presenta numerose variabili, qualche volta è necessario accettare un compromesso pur di fornire una soluzione (anche solo temporanea) alla necessità del nostro paziente.

La regola disattesa, nel suo specifico caso, per il suo dente \_\_\_\_\_  
è la n° 5:

**“Ogni otturazione/ricostruzione e terapia endodontica (devitalizzazioni)  
viene eseguita con l’uso della DIGA DI GOMMA”**

durante la seduta di oggi che prevede:  Otturazione  Endodonzia

Risulta infatti impossibile utilizzare l’isolamento del campo in diga per il suo dente n° \_\_\_\_\_

poiché:

(barrare l’opzione che meglio si adatta)

- Il margine cariato del dente è troppo sottogengiva per essere agganciato
- Il paziente ha avuto reazioni allergiche al lattice e non sono disponibili fogli in Nitrile
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Il mancato uso della diga risulta in una difficoltà nell’isolamento del campo incredibilmente maggiore. È quindi possibile - anche se ogni attenzione verrà posta a riguardo - che saliva o sangue possano contaminare le superfici e ridurre grandemente la capacità sigillante degli adesivi dentinali che accettano minima umidità, ma non possono certamente aderire su proteine o superfici non pulite. Il risultato sarebbe una durata del restauro inferiore allo standard che ci prefiggiamo, con possibili infiltrazioni cariose e/o sensibilità.

Nell'endodonzia invece il rischio è una contaminazione batterica durante i lavaggi, una fuoriuscita in bocca dei necessari liquidi da irrigazione canalare, un'errata misurazione elettronica della lunghezza del canale. Il risultato sarebbe un aumento delle percentuali di insuccesso endodontico, con possibile patologia periapicale che può insorgere dopo pochi giorni dal trattamento, come dopo anni.

Le alternative possibili al presente trattamento fuori standard potrebbero essere:

- Estrazione
- Astensione dal trattamento
- Altro(specificare) \_\_\_\_\_

Firma del Medico: \_\_\_\_\_

---

Io sottoscritto/a (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

dichiaro di aver compreso e condiviso le ragioni che obbligano suo malgrado

il dott. \_\_\_\_\_

a eseguire per il mio dente una terapia fuori dal suo standard di qualità. Capisco che tale esecuzione risulterà in un aumentato rischio di insuccesso e lo accetto pienamente.

Comprendo come tale situazione sia dipendente da un mio problema e non dipendente da una decisione del medico. Rifiuto le alternative che mi sono state suggerite, poiché le ritengo meno convenienti per la mia salute.

Luogo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Paziente: \_\_\_\_\_



---

## Consenso informato al TRATTAMENTO ORTODONTICO

---

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,

il \_\_\_\_\_ dopo il colloquio verbale con il Dott. \_\_\_\_\_,

dopo aver letto la nota informativa allegata e dopo aver chiarito ogni dubbio o quesito, dichiaro/a di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura del trattamento ortodontico che mi viene proposto.

Dichiaro altresì di avere piena consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare.

Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate, dichiarandomi al contempo disponibile alla esecuzione di quegli esami radiografici, cui il medico curante riterrà opportuno io mi sottoponga, prima, durante e dopo il trattamento per ottenere il massimo del beneficio possibile.

Sono anche consapevole che il mio consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento fino all'inizio dell'intervento e che in caso di revoca durante lo stesso l'integrità di alcuni tessuti potrebbe essere stata inutilmente compromessa e potrebbe essere impossibile il ritorno alla situazione clinica iniziale.

Luogo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Paziente: \_\_\_\_\_  
(o di entrambi i genitori o del Tutore in caso di minore)

Firma del Medico: \_\_\_\_\_

---