

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO

PER INTERVENTO DI CHIRURGIA PARODONTALE CON RIALZO DEL SENO MASCELLARE

Sig./Sig.ra _____

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

a) DESCRIZIONE E NOZIONI GENERALI

Il seno mascellare è una cavità che si trova nell'osso mascellare superiore, al di sotto dello zigomo. La sua funzione è di alleggerire il peso delle ossa del cranio; è collegato alla cavità nasale ed è rivestito di una sottile membrana mucosa. L'estrazione o la perdita dei premolari e dei molari superiori causano spesso, entro qualche mese, un processo di riassorbimento dell'osso che funge da supporto per la radice del dente. Il risultato è che l'osso mascellare risulta troppo sottile per il posizionamento dell'impianto. L'intervento di rialzo del seno mascellare o sinus lift è una tecnica chirurgica che consente, previo scollamento della gengiva e dell'osso sottostante, di riempire di osso sintetico la parte del seno mascellare che servirà successivamente all'inserimento dell'impianto. Dopo circa 6 mesi, l'osso sintetico, colonizzato dalle cellule dell'osso del paziente, riceve, pertanto, l'altezza sufficiente per essere saldamente ancorato alla struttura ossea ed adattarsi all'inserimento dell'impianto.

b) BENEFICI DELL'INTERVENTO

L'intervento di chirurgia parodontale con rialzo del seno mascellare consente di ripristinare una corretta occlusione attraverso la realizzazione di una protesi fissa.

c) RISCHI E COMPLICANZE

I principali rischi e complicanze derivanti dall'intervento di rialzo del seno mascellare possono comportare:

- Edema;
- Ematoma;
- Sanguinamento;
- Sovrainfezioni;
- Sinusiti;
- Epistassi;
- Empiema del seno con necessità di revisione sinusale;
- Perforazione della membrana del seno con possibile sospensione dell'intervento;
- Mancata integrazione o riassorbimento dell'innesto con impossibilità di posizionare gli impianti.

d) INDICAZIONI POST TRATTAMENTO

Ai fini della buona riuscita dell'intervento, è fondamentale:

- rispettare le raccomandazioni post trattamento preventivamente comunicate e consegnate dal medico-odontoiatra;
- seguire le istruzioni per una corretta igiene orale;
- presentarsi, con regolarità, a tutti i controlli post trattamento preventivati e concordati con il medico-odontoiatra.

e) POSSIBILI ALTERNATIVE ALL'INTERVENTO

Non eseguendo l'intervento di rialzo del seno mascellare e quindi non ottenendo una neoformazione ossea, non sarà possibile inserire gli impianti che rendono realizzabile una protesi fissa; sarà possibile ricorrere, in alternativa, ad una protesi mobile tradizionale (scheletrato o dentiera) o ad una protesi fissa tradizionale (ponte) sfruttando come pilastri i denti adiacenti, quando presenti.

Osservazioni di rilievo nel caso specifico:

Io sottoscritto/a _____,

DICHIARO

- di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo, la natura e i benefici dell'intervento di rialzo del seno mascellare di cui ai punti sub a) e b);
- di essere stato/a informato/a e di aver acquisito consapevolezza riguardo ai rischi ed alle complicanze di cui al punto sub c);
- di essere stato/a informato/a e di aver compreso l'impossibilità di prevedere con esattezza le capacità e le tempistiche di guarigione dell'osso e dei tessuti molli, dopo l'inserimento dell'innesto;
- di essere stato/a informato/a e di aver compreso che il posizionamento degli impianti contestualmente all'intervento di sinus lift o grande rialzo del seno mascellare verrà deciso dal medico odontoiatra durante l'intervento chirurgico in base allo spessore ed alla consistenza ossea residua;

- di essere stato/a informato/a e di aver compreso la necessità di attenersi scrupolosamente alle raccomandazioni post trattamento, nonchè alle istruzioni di igiene orale, e di sottoporsi regolarmente ai controlli periodici di cui al punto sub d).

Presto pertanto l'assenso all'esecuzione delle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Reggio Emilia, _____

Firma del paziente o di chi ne fa le veci

Dr./Dott.ssa
