Consenso informato · Conservativa ed endodonzia

Otturazioni, ricostruzioni e cure canalari (devitalizzazione e ritrattamento) · **OBBLIGATORIO**

Copia da leggere a casa. Questo è il modulo che le chiederemo di firmare in studio. Lo legga con calma e annoti le sue domande: l'odontoiatra le spiegherà ogni punto prima della firma.

PAZIENTE _____ NATO/A IL _____

CODICE FISCALE _____ ELEMENTI DENTALI _____

TIPO DI CURA _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile dal dott./dott.ssa _____ su:

- ☐ la rimozione della carie e la ricostruzione del dente con materiale composito o altri materiali
- ☐ la cura canalare: pulizia, sagomatura e chiusura dei canali, con radiografie di controllo
- ☐ i rischi: sensibilità o dolore post-operatorio, frattura del dente, rottura di uno strumento nel canale, perforazione, necessità di ritrattamento o di chirurgia apicale
- ☐ che un dente devitalizzato è più fragile e spesso va protetto con un intarsio o una corona
- ☐ le alternative (estrazione, nessun trattamento) e le conseguenze del rifiuto (dolore, ascesso, perdita del dente)

Ho potuto porre domande e ho ricevuto risposte esaurienti. Ho avuto il tempo necessario per decidere. So di poter revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze sul rapporto con lo studio.

☐ ACCONSENTO **☐ NON ACCONSENTO**

NOTE DEL CASO / DOMANDE DEL PAZIENTE

FIRMA DEL PAZIENTE _____ FIRMA DELL'ODONTOIATRA _____ LUOGO E DATA _____

Rif. normativo: L. 219/2017, art. 1 · Codice di deontologia medica, artt. 33-35