

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI: ESTRAZIONE DI DENTE DEL GIUDIZIO INFERIORE

Io sottoscritto _____

dichiaro di essere stato informato e di essermi reso conto della portata e del tipo dell'intervento chirurgico al quale devo essere sottoposto.

Dichiaro di essere stato messo a conoscenza, in particolare:

- a) del tipo di intervento chirurgico;
- b) dei rischi connessi all'intervento stesso, oltre a quelli correlati all'anestesia;
- c) delle eventuali complicanze;
- d) della possibilità che può rendersi necessario modificare il tipo di intervento chirurgico nel corso del suo svolgimento;
- e) del decorso post-operatorio;
- f) delle terapie alternative.

Possibili complicanze:

1. Lesioni nervose :

- a) al nervo linguale – innerva i due terzi anteriori della lingua.
Può residuare alterazione della sensibilità dell' emilingua (ipoestesia, anestesia, parestesia, disestesia), diminuzione del gusto e riduzione del flusso salivare con conseguente sensazione di secchezza della bocca.
- b) al nervo alveolare inferiore –innerva i denti, il labbro ed il mento.
Può residuare perdita di vitalità dei denti ed alterazione della sensibilità del labbro e della cute del mento del lato operato (ipoestesia, anestesia, parestesia, disestesia).

2. Trisma, o difficoltà nell'apertura o chiusura della bocca

3. Gonfiore

4. Dolore

5. Infezione della ferita

6. Eccessiva emorragia o sanguinamento

7. Frattura della mandibola

8. Perdita di vitalità o danno ai denti adiacenti (frattura di otturazioni o di protesi)

9. Una piccola parte di radice può essere lasciata nella mandibola se la sua rimozione dovesse richiedere un intervento chirurgico troppo demolitivo o il verificarsi di ulteriori complicanze

10. Lesioni alla cute e alla mucosa dell'angolo della bocca

11. Reazioni all'anestetico, agli antibiotici e/o antidolorifici.

L'incidenza delle complicanze sopra descritte varia da caso a caso, ma sono tutte poco frequenti.

Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato di quanto dal Dott. _____ di aver avuto *il tempo e la possibilità* di rivolgere tutte le domande che ritenevo necessario e di aver ricevuto risposte esaurienti ed in forma comprensibile.

Acconsenso pertanto ad essere sottoposto all'intervento chirurgico prospettato.

Firma del paziente

Firma del Medico

(La parte sottostante deve essere compilata solo se il paziente è incapace di esprimere il proprio consenso informato)

Il paziente è incapace di esprimere il proprio consenso per il seguente motivo:

.....

Di conseguenza dichiaro **di acconsentire** in sua vece, dopo essere stato opportunamente informato sulla natura e portata dell'intervento chirurgico.

Firma del legale rappresentante (*)

(*) – Coloro che esercitano la potestà genitoriale (per i minori) ; il tutore (per il paziente interdetto).

Firma del Medico

Milano, li

