

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI:

Rialzo seno mascellare con innesto osseo omologo / eterologo Innesto omologo ad onlay mascellare

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) della possibilità che può rendersi necessario modificare il tipo di intervento chirurgico nel corso del suo svolgimento;**
- c) che durante l'intervento saranno utilizzati materiali d'innesto autologhi/eterologhi;**
- d) della possibilità che durante l'intervento si renda necessario l'utilizzo di membrane parodontali riassorbibili o non riassorbibili;**
- e) del decorso post-operatorio;**
- f) dei rischi connessi all'intervento stesso, oltre a quelli correlati all'anestesia;**
- g) delle eventuali complicanze descritte sul retro del modulo;**
- h) delle percentuali di successo dell'intervento;**
- i) delle terapie alternative.**

Dichiaro inoltre di essere stato informato che, malgrado non si possa garantire in modo assoluto la prognosi e la durata, il risultato finale della terapia è influenzato dalla collaborazione del paziente il quale deve attenersi scrupolosamente alle norme igieniche domiciliari e al protocollo di mantenimento presentandosi a visite periodiche di controllo e comunicando immediatamente eventuali complicanze.

Possibili complicanze:

1. Lesione del nervo infraorbitario, per la quale può residuare perdita di vitalità dei denti superiori ed alterazione della sensibilità della guancia e della cute del naso del lato operato (ipoestesia, anestesia, parestesia, disestesia)
2. Sinusite acute o cronica, emoseno, comunicazione o fistola orosinusale
3. Trisma, o difficoltà nell'apertura o chiusura della bocca
4. Tumefazione della zona operata
5. Dolore
6. Ematoma e/o ecchimosi
7. Infezione della ferita
8. Eccessiva emorragia o sanguinamento
9. Perdita di vitalità o danno ai denti adiacenti
10. Reazioni all'anestetico, agli antibiotici e/o antidolorifici.
11. Mancata integrazione del biomateriale innestato
12. Mancata osteointegrazione dell' innesto osseo, sequestro e/o necrosi dell'innesto stesso.

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.

Acconsento pertanto ad essere sottoposto all'intervento chirurgico prospettato.

Firma del paziente

Firma del Medico

Milano, li