

STUDIO MEDICO DENTISTICO  
DOTT. ALBERTO MOTTA  
Dottore specialista in odontoiatria e protesi dentali

Via Cavallotti, 135 -20900 Monza  
Tel./ Fax 039 740012

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO  
DI: TERAPIA PROTESICA FISSA

Sig. / Sig.ra ..... nato/a il..... a .....

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.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

L'intervento consiste nella esecuzione di manufatti protesici di vario tipo con la comune caratteristica di essere costruiti sulla dentatura residua del paziente, utilizzata parzialmente o in toto. Comportano spesso una riabilitazione funzionale della masticazione ed anche una riprogrammazione dell'estetica della bocca.

DESCRIZIONE SPECIFICA DELL'INTERVENTO

.....  
.....  
.....

BENEFICI GENERICI

Consistono nella riabilitazione funzionale e nel ripristino estetico, ove possibile.  
Consolidano, nei collegamenti estesi una dentatura esistente parzialmente compromessa.

BENEFICI SPECIFICI

.....  
.....  
.....

## RISCHI GENERICI

Consistono nella necessità di preparazioni protesi che estese e comportano sacrificio biologico di tessuto dentale e possibilità di devitalizzazioni. La durata della terapia può essere lunga con possibili disagi temporanei legati alla protesi provvisoria . Richiedono maggiore difficoltà ed impegno nelle manovre di igiene orale.

## RISCHI SPECIFICI

.....  
.....

## CARATTERISTICHE DEI MATERIALI

Resina: biologicamente non completamente neutra, deteriorabile con facilità nel tempo, ma molto facile da lavorare ed abbastanza economica.

Leghe auree dentarie: ottimamente tollerate, adattabili e funzionalmente molto indicate. Hanno scarsa validità estetica.

Metallo-ceramica: esteticamente ottimali con maggiori problemi di adattabilità funzionale, comporta qualche rischio di maggior fragilità e tempi più lunghi di esecuzione.

## COMPLICAZIONI GENERICHE

C'è la possibilità di dover rivalutare il programma terapeutico nel corso di lunghi trattamenti. È possibile una ipersensibilità con necessità di dover devitalizzare i denti preparati. Possibili complicazioni legate all'esecuzione tecnica del manufatto non verificabili dall'odontoiatra ( es. bolla d'aria in una saldatura o in una ceramica ).

## COMPLICAZIONI SPECIFICHE

.....  
.....

## ALTERNATIVE

.....  
.....

ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE

.....  
.....

Io sottoscritto/a ..... dichiaro di essere stato/a informato/a e di avere compreso lo scopo e la natura dell'intervento di protesi mobile indicata nel presente modulo in oggetto e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connessa predetto intervento. Presto pertanto il mio consenso all'intervento che mi è stato illustrato e spiegato.

Monza, lí .....

FIRMA DEL MEDICO .....

FIRMA DEL PAZIENTE (o del legale rappresentante) .....