	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche Area Testa Collo	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato Informativa per il paziente sull'intervento di igiene orale	INF.ATC.06	0	1 di 4

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE SULL'INTERVENTO DI IGIENE ORALE

Gentile Sig.ra/Sig. _____,

lei è affetta/o da _____

Le informazioni contenute in questo modulo sono complementari a quelle fornite al momento della visita odontostomatologica.

Possono aiutarla a comprendere meglio la natura della patologia di cui Lei è affetto e le possibili modalità di trattamento.

La preghiamo di leggere con attenzione quanto riportato, sperando sia comprensibile ed esaustivo anche per i non esperti in materia e di chiedere eventuali spiegazioni al suo medico di riferimento.

CHE COSA È

L'igiene orale è una terapia non chirurgica per prevenire le patologie del cavo orale e della salute della dentatura.

L'igiene orale corretta è la base per avere una dentatura sana.

I denti sono continuamente sottoposti a sporcizia e residui e non pulirli può avere conseguenze dannose.

L'igiene orale dal dentista è l'unico modo per assicurarsi di avere una dentatura perfettamente pulita.

Essa prevede: l'eliminazione del tartaro sopra gengivale tramite uno strumento ad ultrasuoni o manuale, l'eliminazione del tartaro sotto gengivale tramite strumentazione manuale, il sondaggio parodontale, la decontaminazione delle tasche parodontali, la sigillatura dei solchi, l'applicazione di fluoro, l'applicazione di lacche desensibilizzanti, lo sbiancamento degli elementi dentali.

BENEFICI DEL TRATTAMENTO

L'avulsione del tartaro contribuisce in maniera determinante all'abbassamento della carica batterica; la decontaminazione delle tasche parodontali contribuisce alla cura della malattia parodontale unitamente all'igiene domiciliare; la sigillatura dei solchi, unitamente all'igiene domiciliare, contribuisce all'abbassamento delle probabilità di incidenza della carie nelle zone trattate.

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

Rimozione della placca batterica e tutte quelle situazioni in cui è prevista la procedura di prevenzione dentale (carie ed infiammazione gengivale) completata da protocolli specifici che hanno lo scopo di mantenere i denti e le gengive in salute.

TECNICA/MODALITÀ DI SVOLGIMENTO

Una seduta di igiene orale professionale ha diverse fasi.


La prima è quella della rimozione del tartaro.

Durante questa operazione si utilizzano strumenti ad ultrasuoni e strumenti manuali dotati di particolari punte che permettono di raggiungere il tartaro sotto gengivale.

Nel caso degli strumenti ad ultrasuoni le punte compiono movimenti vibratori velocissimi in grado di rompere gli agglomerati di tartaro e rimuoverli.

In una seconda fase si passa a rimuovere le macchie sullo smalto attraverso strumenti che utilizzano aria compressa e bicarbonato di sodio per rendere i denti più bianchi.

In questa fase non sono eliminate le macchie sotto lo smalto per le quali invece è necessario ricorrere ad un processo di sbiancamento. La lucidatura completa la seduta di igiene orale, rende i denti più lisci e brillanti

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche Area Testa Collo	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato Informativa per il paziente sull'intervento di igiene orale	INF.ATC.06	0	2 di 4

attraverso l'utilizzo di una gomma sulla quale viene posizionata della pasta abrasiva che, girando a velocità elevata, ha una azione smacchiante.

Ogni seduta di igiene inoltre dovrebbe anche includere un momento di approfondimento con il sanitario nella quale si ripercorrono le tecniche e le metodologie corrette per mantenere un'igiene orale anche a casa e quindi prolungare gli effetti della pulizia svolta dal dentista.

La frequenza dei richiami igienici professionali dipende da molti fattori tra i quali uno dei più importanti è la Sua capacità di gestire l'igiene domiciliare e pertanto dovrà essere decisa individualmente dall'odontoiatra o dall'igienista.

In linea generale è raccomandato sottoporsi almeno due volte l'anno ad una seduta di igiene professionale e ad un controllo dal dentista.

RISCHI E POSSIBILI COMPLICANZE

Nonostante il trattamento di igiene orale sia eseguito nel pieno rispetto e conoscenza delle tecniche più attuali e nell'osservanza delle attuali linee guida, possono verificarsi complicanze relative a:

- possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici; - possibili lesioni parodontali;
- aumento della sensibilità dentale per esposizione delle radici attualmente coperte dal tartaro.

DOPO L'INTERVENTO

È possibile avere:

- dolore,
- infiammazione o emorragia facilmente controllabili.

Le complicanze si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni del proprio igienista.

CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO O RINUNCIA AL TRATTAMENTO

Se Lei rifiuta o rinuncia alla igiene orale professionale viene meno l'azione di prevenzione dentale e di conseguenza può incorrere più facilmente nelle varie patologie del cavo orale (carie, infiammazione gengivale, ecc.) e, se portatore di manufatti protesici e/o implantari già effettuati, questi, senza igiene orale, potrebbero andare perduti.

PROGNOSI E RISULTATO ATTESO

Prevenzione delle patologie del cavo orale e della salute della dentatura.

ALTERNATIVE TERAPEUTICHE

L'alternativa al trattamento di igiene orale professionale è l'igiene orale domiciliare che necessita di accorgimenti e che comunque non ha la stessa valenza delle sedute di igiene professionale.

INFORMATIVA CONSEGNATA DAL DOTT. _____

FASE DI ACCERTAMENTO CLINICO EFFETTUATO NEL CORSO DEL PRIMO COLLOQUIO INFORMATIVO.

DATA: ____/____/____


FIRMA DEL MEDICO: _____

FIRMA DELLA/DEL PAZIENTE: _____

Si ribadisce che quanto esposto emerge dallo stato attuale dell'arte e pertanto potrebbero verificarsi ulteriori indicazioni attualmente non descritte e che l'informativa è congrua con le indicazioni di cui alla Legge 219 del 22.12.2017.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.

- Raccomandazioni cliniche in Odontostomatologia, Ministero della Salute, 2017

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche Area Testa Collo	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato Informativa per il paziente sull'intervento di igiene orale	INF.ATC.06	0	3 di 4

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE PROPOSTE ALLA/AL SIG.RA/SIG. _____

ULTERIORI INFORMAZIONI DI DETTAGLIO RISPETTO AL CASO CLINICO DA TRATTARE CHIRURGICAMENTE:

CHIARIMENTI RICHIESTI DALLA/DAL PAZIENTE:

INFORMAZIONI FORNITE DAL DOTT. _____ IN FASE DI PRIMO COLLOQUIO INFORMATIVO

DATA ____/____/____

FIRMA DEL MEDICO _____

FIRMA DELLA/DEL PAZIENTE _____

FORMULA DI ADESIONE ALLA PROCEDURA CHIRURGICA PROPOSTA:

Io sottoscritta/o _____ sono stata/o informata/o in modo a me comprensibile dal Dott. _____ sulla necessità di essere sottoposta/o a: _____, sulla natura della patologia da cui sono affetta/o, delle **metodiche diagnostiche necessarie** alla migliore definizione della mia malattia, delle **alternative terapeutiche**, della **modalità di effettuazione** della procedura in oggetto, dei verosimili **risultati attesi**, nonché delle **possibili complicanze, precoci e tardive** comprese il decorso post-operatorio, le istruzioni da seguire ed i comportamenti da tenere dopo la procedura, nonché delle possibili conseguenze in caso di **ritardo o di rifiuto** della procedura proposta..

Infine sono stata/o informata/o della possibilità che siano effettuate riprese fotografiche o video per scopi scientifici nel completo rispetto della mia privacy e di cui ho facoltà di acquisire copia.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della **possibilità di revocare** il presente atto di adesione (consenso) in qualsiasi momento.

*Nel caso in cui il paziente risulti capace di comprendere ma si trovi nella **impossibilità di apporre la sua firma** o nel caso di **soggetto non vedente**, saranno necessari due testimoni esterni al gruppo di lavoro (familiari o altri soggetti designati nel modulo della privacy).*

Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto

ACCONSENTO ALLA ESECUZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO: _____


Firma del Paziente o del Legale Rappresentante o del Fiduciario: _____

Firma del Primo Testimone: _____

Firma del Secondo Testimone: _____

Firma del Medico: _____

Data e luogo: ____/____/____

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche Area Testa Collo	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato Informativa per il paziente sull'intervento di igiene orale	INF.ATC.06	0	4 di 4

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE PROPOSTE ALLA/AL SIG.RA/SIG. _____

ULTERIORI INFORMAZIONI DI DETTAGLIO RISPETTO AL CASO CLINICO DA TRATTARE CHIRURGICAMENTE:

CHIARIMENTI RICHIESTI DALLA/DAL PAZIENTE:

INFORMAZIONI FORNITE DAL DOTT. _____ IN FASE DI PRIMO COLLOQUIO INFORMATIVO

FIRMA DEL MEDICO _____

FIRMA DELLA/DEL PAZIENTE _____

DATA ____/____/____

FORMULA DI ADESIONE ALLA PROCEDURA CHIRURGICA PROPOSTA:

Io sottoscritta/o _____ sono stata/o informata/o in modo a me comprensibile dal Dott. _____ sulla necessità di essere sottoposta/o a: _____, sulla natura della patologia da cui sono affetta/o, delle **metodiche diagnostiche necessarie** alla migliore definizione della mia malattia, delle **alternative terapeutiche**, della **modalità di effettuazione** della procedura in oggetto, dei verosimili **risultati attesi**, nonché delle **possibili complicanze, precoci e tardive** comprese il decorso post-operatorio, le istruzioni da seguire ed i comportamenti da tenere dopo la procedura, nonché delle possibili conseguenze in caso di **ritardo o di rifiuto** della procedura proposta..

In fine sono stata/o informata/o della possibilità che siano effettuate riprese fotografiche o video per scopi scientifici nel completo rispetto della mia privacy e di cui ho facoltà di acquisire copia. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della **possibilità di revocare** il presente atto di adesione (consenso) in qualsiasi momento.

*Nel caso in cui il paziente risulti capace di comprendere ma si trovi nella **impossibilità di apporre la sua firma** o nel caso di **soggetto non vedente**, saranno necessari due testimoni esterni al gruppo di lavoro (familiari o altri soggetti designati nel modulo della privacy).*

Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto

NON ACCONSENTO ALLA ESECUZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO: _____

Firma del Paziente o del Legale Rappresentante o del Fiduciario: _____

Firma del Primo Testimone: _____

Firma del Secondo Testimone: _____

Firma del Medico: _____

Data e luogo: ____/____/____