**CONSENSO INFORMATO ALL’INTERVENTO CHIRURGICO**

**DI ESTRAZIONE DEL DENTE DEL GIUDIZIO INFERIORE**

Egregio Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al Suo trattamento già espressi a voce nel corso della visita in modo da formalizzare con chiarezza il Suo assenso all’esecuzione dell’intervento preventivato, come previsto dal Codice Deontologico ed. 2006.

**Diagnosi**: disodontiasi del terzo molare inferiore destro e/o sinistro.

**Descrizione dell’intervento**: estrazione di un dente incluso o semi-incluso con possibile apertura di un lembo di accesso e relativa sutura.

**Benefici dell’intervento**: l’estrazione del dente del giudizio può essere necessaria per presenza di carie, lesioni cistiche, infezioni, per evitare processi infiammatori, per impedire danni di tipo carioso o parodontale al dente adiacente.

**Rischi dell’intervento**:

* reazioni all’anestetico, agli antibiotici e/o antidolorifici;
* traumi alla cute e alla mucosa a causa degli strumenti meccanici o manuali;
* danni ai denti adiacenti;
* lesioni nervose al nervo linguale, con perdita o riduzione della sensibilità dei 2/3 anteriori della lingua dal lato operato;
* lesioni nervose al nervo alveolare inferiore con perdita o riduzione della vitalità dei denti e della sensibilità del labbro e della cute del mento del lato operato.

**Complicazioni**: dopo l’intervento è possibile gonfiore, dolore, sanguinamento, difficoltà nell’apertura della bocca, rialzo della temperatura, infezione della ferita. Le complicanze si riducono notevolmente se si seguono le indicazioni post-operatorie che saranno spiegate a voce o per iscritto con un allegato.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a di quanto sopra dal Dottor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di avere avuto il tempo e la possibilità di rivolgere tutte le domande che ritenevo necessarie e di avere avuto risposte comprensibili ed esaurienti, di avere pertanto compreso lo scopo e la natura dell’intervento indicato nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare. Acconsento pertanto ad essere sottoposto/a all’intervento chirurgico prospettato.

Firma del paziente Firma del medico.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_