

## SCHEDA INFORMATIVA

### INTERVENTO DI CHIRURGIA IMPLANTARE/PROTESICA

Sig./ra \_\_\_\_\_

Gentile Paziente,

con questa scheda informativa si riportano alla Sua attenzione, in forma scritta, i concetti espressi oralmente nel corso della visita e relativi al trattamento implanto-protesico.

Corre l'obbligo comunque di rappresentarLe che la presente scheda informativa sul trattamento implanto-protesico è integrativa e non sostitutiva dell'informazione resa in precedenza.

Il trattamento implanto-protesico rappresenta una terapia elettiva i cui benefici vanno sempre analizzati in rapporto ai fattori di rischio generali e locali, che possono influenzare il risultato negativamente.

#### Indicazioni

Le indicazioni principali all'utilizzo della terapia implantare sono:

- instabilità e/o mancanza di ritenzione di una protesi totale rimovibile;
- disagio psicologico associato alla condizione di portatore di protesi rimovibile;
- riabilitazione fissa di edentulie (assenza di denti) parziali dei settori posteriori (edentulie distali);
- riabilitazione fissa di edentulie parziali di uno o più elementi;
- sostituzione di uno o più elementi dentali giudicati non recuperabili;
- sostituzione di uno o più elementi dentali, in presenza di denti contigui sani per evitare di ridurli a monconi (pilastri di protesi fissa tradizionale);
- sostituzione di uno o più elementi dentali contigui a denti ritenuti inaffidabili come pilastri protesici.

#### Controindicazioni

Le controindicazioni assolute sono rappresentate da:

- condizioni generali del paziente, che costituiscono un impedimento assoluto a ogni tipo di procedura chirurgica orale;
- crescita scheletrica non completata;
- parodontite non trattata.

#### Fattori che possono condizionare il trattamento o comprometterne il risultato o la durata:

- intolleranze e/o allergie a farmaci e materiali collegati al trattamento;
- malattie generali che colpiscono l'osso o che interferiscono con i meccanismi di guarigione della ferita;
- alterazioni vascolari che coinvolgono la sede di inserzione dell'impianto osteointegrato;
- difetti di coagulazione;
- diabete mellito (solo in mancanza di adeguato controllo della glicemia);
- effetti di particolari trattamenti (radioterapia del distretto testa-collo, chemioterapia oncologica, utilizzo di particolari farmaci quali, ad esempio, i bifosfonati);
- fumo (consumo > 10 sigarette al giorno);

- eccessiva assunzione di sostanze alcoliche;
- gravi stati di dipendenza da droghe;
- insufficiente igiene orale;
- pregressa parodontite;
- osso non adatto per quantità, qualità e morfologia ad accogliere un impianto di dimensioni adeguate, ove le procedure chirurgiche correttive risultino non attuabili;
- inadeguatezza dello spazio necessario per la realizzazione di un manufatto protesico, qualora le procedure per modificare tale situazione non siano attuabili;
- discrepanze occlusali (alterazione del rapporto tra le arcate dentarie);
- parafunzioni (es. serramento, digrignamento) e abitudini viziate (es. stringere oggetti tra i denti);
- ridotta apertura della bocca;
- carente collaborazione (mancato rispetto degli appuntamenti concordati).

L'associazione di più fattori comporta l'amplificazione del rischio d'insuccesso della terapia implanto-protesica.

### **Esami radiologici**

Accertamenti radiodiagnostici del distretto maxillo-facciale preventivi, intraoperatori e di controllo, rappresentano parte integrante imprescindibile del piano di trattamento.

### **Descrizione dell'intervento chirurgico**

L'intervento chirurgico di inserzione dell'impianto endosseo può prevedere una procedura in un'unica fase (monofasica) o in due fasi (bifasica), con inserimento dell'impianto, che viene coperto dalla mucosa, e successiva esposizione, da eseguire dopo un adeguato periodo di attesa.

In pazienti selezionati e in casi particolari, l'inserzione dell'impianto può avvenire senza l'incisione e il sollevamento di un lembo (intervento flapless).

### **La procedura di inserzione degli impianti prevede:**

- anestesia locale mediante iniezione di farmaci anestetici locali con o senza vasocostrittore, eventualmente associata a sedazione cosciente;
- incisione e scollamento dei tessuti molli, per consentire l'accesso all'osso sottostante;
- preparazione nell'osso dell'alloggiamento implantare;
- inserimento dell'impianto;
- applicazione dei punti di sutura.

### **Durante la fase intra-operatoria**

Potrebbe essere necessario, in base alle caratteristiche anatomiche del sito chirurgico:

- modificare, rispetto a quanto programmato, il numero e/o la posizione degli impianti da inserire;
- adottare o modificare tecniche d'incremento osseo (vedi in seguito).

### **In caso di protocollo bifasico**

E' necessario ricorrere a un secondo intervento di esposizione degli impianti, che prevede:

- anestesia locale mediante iniezione di farmaci anestetici locali con o senza vasocostrittore;
- incisione ed eventuale scollamento della mucosa, per consentire l'accesso alla testa dell'impianto;
- sostituzione della vite tappo (posizionata sulla testa dell'impianto e coperta dalla mucosa) con pilastro

- trans-mucoso;
- eventuale applicazione di punti di sutura.

### **Terapia farmacologica**

La terapia medica pre e post-intervento può consistere nella somministrazione di antibiotici, antinfiammatori e antidolorifici.

### **Decorso post-operatorio (conseguente alla fase di inserzione dell'impianto e/o all' eventuale fase di scopertura)**

Durante il decorso post-operatorio è necessario:

- riprendere l'alimentazione solo dopo la scomparsa dell'effetto anestetico, per evitare di mordersi involontariamente le guance, le labbra e la lingua;
- assumere cibi liquidi e freddi per il giorno dell'intervento;
- non porsi alla guida immediatamente dopo l'esecuzione dell'intervento;
- procedere alle normali manovre di igiene orale, fatta eccezione per la zona dell'intervento, e associare l'utilizzo indispensabile di antisettici locali (colluttori, gel medicati, spray, etc.);
- evitare la pratica sportiva nei giorni successivi all'intervento;
- astenersi dal fumo, o quanto meno ridurre il numero delle sigarette fumate, per un periodo più o meno lungo, in funzione dell'intervento eseguito;
- evitare per alcune settimane traumatismi nella zona dell'intervento.

Nel decorso post-operatorio si possono verificare:

- eventi frequenti quali ecchimosi (lividi), ematoma, edema (gonfiore) dei tessuti molli, sanguinamento, dolore, limitazione all'apertura della bocca, difficoltà nella masticazione di cibi solidi. Tali manifestazioni sono, in genere, di entità contenuta e controllabili con opportuna terapia;
- eventi occasionali come secrezioni, ascesso, cedimento dei punti di sutura, ingrossamento dei linfonodi del collo.

### **Procedure chirurgiche particolari:**

In presenza di siti caratterizzati da un volume osseo insufficiente al corretto alloggiamento di impianti di adeguate dimensioni, si può rendere necessaria l'adozione di tecniche chirurgiche d'incremento osseo che, in relazione alle diverse condizioni cliniche, possono essere eseguite contestualmente o precedentemente al posizionamento implantare. Esse, inoltre, possono prevedere l'impiego di prodotti biologici o biomateriali di derivazione autologa (tessuto prelevato dal paziente), omologa (proveniente da banca dei tessuti), eterologa (di derivazione animale), sintetica (di produzione industriale).

Tali tecniche possono richiedere procedure aggiuntive, esporre al rischio di specifiche complicanze (es. esposizione dei materiali utilizzati, infezione), esitare in una protesi non ottimale dal punto di vista funzionale e/o estetico (es. parziale esposizione delle componenti implantari, dente più lungo degli adiacenti, spazi interdentali più ampi/stretti del consueto).

In presenza di un volume osseo non ottimale, in pazienti selezionati e in casi particolari, è possibile ricorrere a soluzioni alternative alle tecniche di incremento osseo (impianti di dimensioni ridotte, posizionamento inclinato degli impianti, estensioni protesiche mesiali o distali).

Nel caso in cui si renda necessario estrarre un elemento dentario irrecuperabile, dopo l'estrazione e prima dell'inserimento dell'impianto, viene generalmente osservato un periodo di attesa adeguato a consentire la

guarigione del sito post-estrattivo ed è possibile adottare procedure di preservazione del volume osseo, per intercettare l'inevitabile riassorbimento osseo post-estrattivo soprattutto in zona estetica.

In pazienti selezionati e in casi particolari, l'inserimento dell'impianto può essere eseguito contestualmente all'estrazione (impianto post-estrattivo immediato) o essere differito di alcune settimane, ad avvenuta guarigione dei tessuti molli (impianto post-estrattivo differito).

È possibile infine adottare una procedura chirurgica guidata da una dima costruita in funzione della riabilitazione protesica progettata sul modello tradizionale oppure sul modello virtuale e tridimensionale del mascellare, generato da un programma computerizzato sulla base dei dati acquisiti con un esame tomografico computerizzato (Implantologia Computer Guidata).

### **Descrizione delle procedure protesiche**

Le procedure necessarie alla costruzione della protesi definitiva a supporto implantare, che può essere preceduta o meno dalla protesi provvisoria, consistono in:

- rilievo delle impronte e registrazioni occlusali;
- eventuale inserimento della protesi provvisoria a supporto implantare;
- prova delle componenti protesiche (abutment, strutture, etc.);
- inserimento della protesi definitiva.

La scelta del tipo di riabilitazione protesica da adottare spetta esclusivamente al clinico, che la propone al paziente perché la possa accettare o meno alla luce delle informazioni fornitegli.

Dopo l'inserimento dell'impianto e prima di procedere al carico protesico viene generalmente osservato un tempo di attesa adeguato a consentire la realizzazione dell'osteointegrazione (in genere 2-3 mesi).

In pazienti selezionati e in casi particolari, il posizionamento della protesi può essere eseguito contestualmente all'inserimento chirurgico dell'impianto (carico immediato) o dopo un tempo di attesa più breve di quello convenzionale (carico precoce). In taluni casi, quando la densità ossea è particolarmente sfavorevole e la stabilità dell'impianto non è ottimale, sarà necessario osservare un tempo di attesa più lungo di quello convenzionale (carico ritardato).

### **Dispositivi medici e materiali collegati al trattamento implanto-protesico (biomateriali, prodotti biologici e materiali protesici)**

Nel trattamento implanto-protesico possono essere impiegati:

- impianti endoossei in titanio/ zirconio/ tantalio;
- viti di guarigione e per procedure di rigenerazione ossea titanio;
- materiali di riempimento per difetti ossei e membrane riassorbibili e non riassorbibili di derivazione: autologa (tessuto prelevato dal paziente), omologa (proveniente da banca dei tessuti), eterologa (di derivazione animale), sintetica (di produzione industriale). Tali materiali sono sottoposti a specifiche normative inerenti certificazione di origine, biocompatibilità, tossicità, allergenicità e sicurezza;
- monconi in titanio/ lega metallica/ zirconia;
- corone protesiche in lega metallica/ zirconia/ ceramica/ materiali compositi;
- protesi rimovibili in resina acrilica/ lega metallica/ materiali compositi.

### **Benefici dell'intervento**

In generale, i benefici dell'implantologia sono rappresentati dalla possibilità di:

- sostituire i denti mancanti senza coinvolgere i denti naturali, che altrimenti dovrebbero essere ridotti

- a moncone per applicarvi una protesi fissa tradizionale;
- avere una protesi parziale fissa, nel caso di pazienti privi di elementi dentari nei settori posteriori (edentulia distale);
- avere una protesi totale fissa o avere elementi stabilizzanti la protesi rimovibile, nei pazienti totalmente edentuli.

**Complicanze del trattamento impianto-protetico** - (un evento avverso o il mancato successo del trattamento impianto-protetico non sempre sono evitabili nonostante l'esecuzione della più corretta pratica diagnostico-terapeutica.)

Le complicanze del trattamento impianto-protetico sono relative a:

- impiego inevitabile di anestetico locale, che potrebbe dar luogo a reazioni allergiche, a manifestazioni tossiche ovvero a reazioni cardiovascolari. Si evidenzia tuttavia che le reazioni allergiche a tali farmaci sono rare; altresì rare sono le manifestazioni tossiche, salvo casi di accertate e gravi patologie sistemiche (epatopatia, nefropatia, ecc); rare sono, infine, le reazioni cardiovascolari, maggiormente possibili in caso di preesistenti cardio-vasculopatie (per tale motivo è importante che il paziente ne segnali all'odontoiatra l'eventuale presenza);
- particolari terapie farmacologiche, come l'assunzione di bifosfonati, correlabili a fenomeni di necrosi delle ossa mascellari;
- mancata osteointegrazione, dovuta a cause non prevenibili, con conseguente perdita dell'impianto (in questo caso, quando possibile, si potrà ricorrere all'inserimento di un nuovo impianto in sostituzione di quello perduto);
- imprevedibile e anomalo rimaneggiamento dei tessuti duri e molli durante la fase di guarigione, che può esitare in risultati funzionali ed estetici non ottimali o duraturi;
- lesione del nervo alveolare inferiore e/o del nervo linguale, che può provocare alterazione della sensibilità temporanea o permanente, rispettivamente del labbro inferiore/mento e dell'emilingua omolaterale, negli interventi sulla mandibola;
- perforazione della membrana di rivestimento del seno mascellare (cavità presente nell'osso mascellare) durante l'intervento di rialzo del pavimento dello stesso, che può esporre al rischio di sinusite acuta o cronica, e che, se di grandi dimensioni, può richiedere la sospensione dell'intervento, che dovrà essere rimandato a guarigione ottenuta;
- infiammazione della mucosa (mucosite) e dell'osso (perimplantite) intorno agli impianti osteointegrati che determina un riassorbimento osseo progressivo e può condurre alla perdita dell'impianto. Si tratta di una malattia che può manifestarsi in maniera evidente dopo la protesizzazione degli impianti. Essa colpisce con una maggiore frequenza pazienti che non osservano una corretta igiene orale domiciliare, non rispettano i protocolli di mantenimento e fumano (alcune patologie, quali la pregressa parodontite, il diabete scompensato, le patologie del metabolismo osseo, le patologie del sistema immunitario, o alcune abitudini, quali il fumo di sigaretta, aggravano il rischio di perdita precoce e tardiva dell'impianto);
- inconvenienti tecnici a carico delle componenti prefabbricate (allentamento o frattura delle viti di serraggio, cedimento o frattura dei pilastri protesici), delle sovrastrutture e dei manufatti protesici fabbricati in laboratorio o dei materiali che li costituiscono (frattura delle strutture metalliche e/o della ceramica, distacco dei rivestimenti in resina o in composito, frattura delle protesi rimovibili). Va sottolineato che pazienti con parafunzioni (es. bruxisti) sono maggiormente esposti a questo tipo di rischio.

### **Avvertenze:**

La buona riuscita di una riabilitazione implanto-protetica è fortemente influenzata dall'impegno del Paziente nel:

- seguire le raccomandazioni post-operatorie ricevute, rispettando le prescrizioni farmacologiche, osservando le indicazioni per un'alimentazione appropriata nei giorni post-intervento, avvisando tempestivamente l'odontoiatra di qualsiasi manifestazione patologica insorta nel post-operatorio (sanguinamenti eccessivi, perdurare dell'anestesia, del gonfiore e del dolore, rialzi febbrili, ecc.);
- presentarsi a tutti i controlli prescritti dall'odontoiatra nel periodo di osteointegrazione dell'implanto;
- seguire attentamente le indicazioni per l'igiene domiciliare e professionale. Le riabilitazioni protesiche su impianti necessitano di essere mantenute in perfetto stato di igiene orale domiciliare, seguendo scrupolosamente le indicazioni ricevute;
- presentarsi ai richiami di igiene orale e ai controlli clinici regolari, eventualmente integrati da esami radiografici, dopo l'applicazione della protesi su implanto. Generalmente sono previste visite di controllo e sedute di igiene orale ogni 3-4 mesi nel primo anno e successivamente con una cadenza personalizzabile a discrezione del professionista e sulla base delle esigenze cliniche soggettive del paziente (non meno di due volte all'anno). Il mancato rispetto delle suddette visite di controllo e delle relative manovre di igiene professionale sugli impianti può compromettere il risultato della riabilitazione. Nel caso in cui, durante i controlli clinici, venisse formulata diagnosi di patologia dei tessuti perimplantari o parodontali, potrebbe rendersi necessario il ricorso a procedure supplementari finalizzate ad affrontare tempestivamente i problemi riscontrati. Occorre sottolineare che, allo stato attuale, le conoscenze sulle patologie perimplantari non consentono di predire del tutto i risultati terapeutici. La perimplantite può causare la perdita dell'implanto/i inserito/i, decretando il fallimento della terapia implantare.

### **Durata prevedibile dell'implanto-protesi**

Allo stato delle attuali conoscenze non è ancora possibile precisare quale sia la durata di un'efficace riabilitazione implanto-protetica; essa, infatti, può variare in funzione dell'età e delle caratteristiche della persona, delle condizioni di partenza, della tipologia, estensione, complessità del manufatto e dei materiali protesici impiegati, di eventuali sopravvenuti fattori patologici nonché del rispetto delle avvertenze di cui sopra. La durata può essere facilmente compromessa e ridotta anche sostanzialmente, laddove il paziente venga meno al grado di collaborazione richiesto nell'igiene domiciliare e nei controlli periodici.

Pur nelle incertezze e nel condizionamento dei fattori di cui sopra si può dire che, dai dati della letteratura specialistica, ad oggi è possibile desumere una durata indefinibile dell'implanto endo-osseo e una durata media di diversi anni della relativa protesi.

## DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI CHIRURGIA IMPLANTARE/PROTESICA

Sig./ra \_\_\_\_\_

Gentile paziente,

questo modulo per la dichiarazione del consenso informato riporta alla Sua attenzione, in forma scritta, i concetti espressi oralmente nel corso della visita e dettagliati nella scheda informativa allegata, relativi al trattamento implanto-protesico e al suo specifico caso clinico, onde ricevere da Lei il suo consenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Corre l'obbligo comunque di rappresentarLe che il presente modulo è integrativo e non sostitutivo dell'informazione resa in precedenza.

### DIAGNOSI:

- Edentulia totale
- Edentulia parziale distale
- Edentulia parziale intercalata

### ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ESEGUITI:

- Tomografia computerizzata
- Documentazione Fotografica

### DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

E' stato informato della natura e degli scopi dell'intervento implanto-protesico idoneo alla soluzione del Suo caso. In particolare ha compreso che si tratta di un intervento di chirurgia implantare osteointegrata che consiste nell'inserimento chirurgico di una o più radici artificiali (viti in titanio) nell'osso mandibolare e/o mascellare per ottenere un supporto protesico variamente utilizzabile per protesi fissa cementata, avvitata o apparecchi rimovibili.

Le PROCEDURE CHIRURGICHE utilizzate possono essere molteplici:

- **L'implantologia computer assistita:** è una metodica che permette la disposizione degli impianti senza incisioni gengivali (senza l'utilizzo del bisturi). La metodica descritta, grazie all'ausilio di uno specifico software che utilizza i dati ottenuti da una TAC del paziente, permette di ottenere una "mascherina chirurgica" che guiderà l'odontoiatra nella disposizione degli impianti senza la necessità di eseguire incisioni della gengiva, nella maggior parte dei casi. Con la pianificazione preliminare dell'intervento, è possibile conoscere in anticipo la disposizione degli impianti. Ciò permette di ottenere preliminarmente un modello riprodotto la disposizione finale degli impianti nella bocca del paziente, il quale permette a propria volta all'odontotecnico di realizzare gli elementi dentari.
- **L'implantologia tradizionale:** è una tecnica che prevede l'inserimento degli impianti tramite l'apertura di un lembo gengivale e senza ausilio di dime chirurgiche;
- **L'implantologia post-estrattiva:** è una tecnica che prevede l'inserimento di un impianto subito dopo

l'estrazione dell'elemento dentario.

- La **chirurgia rigenerativa**: durante la fase intraoperatoria, per ottimizzare il risultato estetico o per far rigenerare il tessuto osseo necessario ad una migliore stabilizzazione dell'impianto, potrebbe rendersi necessario l'utilizzo di membrane riassorbibili e non e/o "osso sintetico" (osso bovino, essiccato e deproteinizzato, idrossiapatite, derivati del corallo, ecc.). Sia le membrane che i sostituti ossei, se di origine organica, non possono in sé trasmettere in alcun modo malattie infettive.

Le PROCEDURE PROTESICHE variano in funzione dell'approccio chirurgico prescelto (alla procedura computer guidata, ad esempio, segue una protesi definitiva; diversamente, alla procedura tradizionale segue, dapprima, una protesi provvisoria, poi, definitiva). Il "carico immediato" dipende dalla possibilità di avvitare con forza gli impianti nel tessuto osseo e non può essere completamente prevista prima dell'intervento. In tal caso, deve essere a conoscenza della possibilità di dover utilizzare una protesi rimovibile (dentiera o similari) qualora gli impianti non raggiungano questa forza di avvitamento.

### **BENEFICI DELL'INTERVENTO**

In generale, i benefici dell'implantologia sono rappresentati dalla possibilità di sostituire i denti mancanti o di avere elementi stabilizzanti nelle protesi mobili (senza coinvolgere i denti naturali nel caso di denti intercalati/parziali).

### **LIMITI DELL'INTERVENTO**

La perdita degli elementi dentali, prima, e il trattamento protesico, dopo, comportano una serie di alterazioni anatomiche (a livello del massiccio facciale) con importanti ripercussioni sia a livello funzionale, nell'espletamento delle normali attività, quali la masticazione e la fonazione, che a livello estetico. Il recupero del corretto equilibrio psico-funzionale è soggettivo e dipende dalle condizioni cliniche di ciascuno. Potrebbe, pertanto, essere necessario seguire un percorso terapeutico, individuale e personalizzato, al fine di ripristinare la normale integrità dell'apparato stomatognatico precedente alla perdita dei denti.

### **POSSIBILI ALTERNATIVE ALLA CHIRURGIA IMPLANTARE**

Sono rappresentate dalla protesizzazione con ponti in zirconio e/o protesi mobili parziali o totali in resina a seconda della situazione anatomica e funzionale individuale.

Nel suo caso specifico:

- Protesi fissa a supporto dentario
- Protesi adesiva
- Protesi rimovibile parziale

### **RISCHI DELL'INTERVENTO**

I principali rischi sono relativi:

- all'impiego inevitabile di anestetico locale, con o senza vasocostrittore, a cui soggetti ipersensibili possono risultare allergici o avere reazioni avverse ove vi siano patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza.
- alla mancata osteointegrazione (la percentuale di successo dell'implantologia varia in rapporto alle condizioni cliniche del Paziente e della zona sede dell'impianto - qualità ossea, condizioni anatomiche dell'osso. E' documentata una maggiore percentuale di rischio nei pazienti fumatori, diabetici e con pregressa malattia parodontale. In condizioni ideali, la percentuale di successo dell'impianto varia dal 93% al 98% dei casi. Nei fumatori si scende ad un 85% di successo. Non è sempre possibile riuscire a

conseguire risultati estetici ottimali).

### **COMPLICANZE POSSIBILI**

Trattandosi di un intervento chirurgico, sarà necessario praticare un'anestesia locale.

Il decorso post-operatorio comporterà dei disagi (notevolmente ridotti nella soluzione computer-guidata) come: dolore, gonfiore, difficoltà ad aprire la bocca e a deglutire (non è possibile prevederne la presenza e la loro relativa durata, trattandosi di reazioni individuali e soggettive). Talvolta, possono verificarsi alterazioni della sensibilità cutanea di cui non è possibile prevedere la durata e la natura.

Può verificarsi, altresì, la perdita dell'impianto per non-integrazione od infezione post-operatoria, evenienza comunque rara come detto in precedenza (mediamente 4% nei primi 6 mesi).

Non è descritto in letteratura nessun fenomeno di rigetto. Come in tutti gli interventi chirurgici potranno, tuttavia, subentrare degli imprevisti e/o complicanze che potrebbero comportare la ripetizione dell'intervento.

Al fine della buona riuscita dell'intervento, è essenziale rispettare tutte le raccomandazioni pre e post intervento preventivamente comunicate e consegnate.

L'assenza di una corretta igiene orale domiciliare, inoltre, così come spiegato nel corso della visita, anche attraverso l'ausilio di immagini, e il non presentarsi ai controlli semestrali, può compromettere il risultato del piano di trattamento e provocare conseguenze gravose (come ad esempio l'infezione dell'impianto - perimplantite - con perdita dell'impianto stesso).

### **Osservazioni di rilievo nel caso specifico:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### DICHIARO

- di aver ricevuto in consegna e di aver preso visione della presente dichiarazione, integrativa della comunicazione verbale, unitamente alla scheda informativa sul Trattamento implanto-protetico in generale, al fine di poterla esaminare e/o farla analizzare anche da persone di mia fiducia;
- di aver avuto la possibilità di richiedere tutte le spiegazioni ritenute utili, ottenendo risposte chiare e soddisfacenti dai sanitari proponenti il trattamento implanto-protetico;
- di aver letto integralmente e con attenzione la presente dichiarazione e informativa e di aver pienamente compreso i concetti relativi al trattamento implanto-protetico in generale e al mio specifico caso clinico;
- di aver ottenuto dal medico/odontoiatra tutte le spiegazioni in ordine alle caratteristiche, modalità, e finalità del trattamento implanto-protetico e di aver pienamente compreso anche i rischi e le complicanze del trattamento;
- di essere ben consapevole che qualunque atto medico e chirurgico può comportare rischi e complicanze non sempre prevedibili né prevenibili.

Presto, pertanto, il mio consenso alla terapia che mi è stata descritta e prospettata con il presente consenso informato.

Reggio Emilia, \_\_\_\_\_

Firma del paziente o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_

Firma odontoiatra

\_\_\_\_\_