Gentile Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con questo modulo si intendono riassumere i concetti relativi al suo trattamento.

1. **DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO**

Con il termine *ablazione del tartaro, o detartrasi, o igiene dentale professionale*, si intende l'eliminazione del tartaro e della placca batterica dalle superfici del dente sopragengivali e sottogengivali al fine di rendere le superfici dentali perfettamente pulite e lisce ed eliminare i batteri causa di infezioni, a vario titolo, del cavo orale. La procedura di ablazione del tartaro ha natura preventiva ed è indicata nelle Linee Guida 2009 e nel successivo aggiornamento 2015 del Ministero della Salute.

1. **INDICAZIONI PER L'ESECUZIONE DELL'ABLAZIONE DEL TARTARO**

L'ablazione del tartaro può essere eseguita meccanicamente o manualmente ed è indicata negli adulti come nei bambini, anche se in presenza di dentatura decidua (da latte). E' consigliata periodicamente, già nella bocca “sana”, a scopo preventivo e, maggiormente, in soggetti portatori di manufatti protesici fissi o removibili, apparecchi ortodontici, impianti in titanio; ancor più importante è la sua indicazione nelle donne in gravidanza ed in pazienti affetti da particolari patologie e/o disabilità.

1. **PROCEDIMENTO CLINICO**

Il trattamento richiede mediamente un tempo di esecuzione di trenta/sessanta minuti. Possono tuttavia rendersi necessarie, in casi particolari, più sedute operative; ciò dipende dall'estensione, dalla consistenza e dalla tenacia di adesione dello stesso alle superfici dentali ma anche dal grado di tollerabilità soggettiva e di collaborazione del paziente. La procedura richiede, a giudizio del professionista, l'impiego spesso combinato di strumenti sia meccanici ad ultrasuoni (ablatori) sia manuali (scalers/curette): i primi producono vibrazioni coadiuvate da un getto d'acqua di raffreddamento ed irrigazione dei tessuti; i secondi vengono manovrati dall'operatore che indirizza la superficie lavorante dello strumento sulla superficie dei denti creando attrito.

1. **POSSIBILI COMPLICANZE**

Il trattamento è normalmente molto ben tollerato.

In base, tuttavia, a possibile anche se rara suscettibilità individuale o a presenza di notevole accumulo di placca e tartaro per igiene orale trascurata da parecchio tempo, l’interessato potrebbe avvertire, a trattamento avvenuto, una sensazione di temporanea ipersensibilità termica e/o dolenzia dentaria/gengivale, di breve durata.

Tali manifestazioni, episodiche e soggettive, potrebbero aversi, per lo stesso motivo, anche contestualmente all’intervento, causa l’attrito e le vibrazioni (non dannose) esercitate sulla superficie dei denti dallo strumento meccanico, in abbinamento al contemporaneo getto d'acqua di irrigazione raffreddante e detossificante.

Possibili controindicazioni soggette a segnalazione da parte del paziente sono le seguenti:

* *suscettibilità alle infezioni* (es. pazienti immunosoppressi da patologia, chemioterapia, diabete incontrollato, trapianto di organi);
* *rischio respiratorio* (malattie polmonari croniche, asma, enfisema, fibrosi cistica);
* *patologia cardiovascolare* (prolasso della valvola mitrale, endocardite infettiva, terapia anticoagulante, chirurgia cardiovascolare);
* *disturbi della coagulazione* (anemie, policitemie, episodi emorragici);
* *difficoltà nella deglutizione* (pazienti predisposti ai conati di vomito, distrofia muscolare, paralisi, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica);
* *pacemaker cardiaco* non schermato antecedente il 1999;
* *presenza di apparecchi acustici.*
1. **INDICAZIONI POST-TRATTAMENTO**

Potrebbe verificarsi, successivamente al trattamento di cui trattasi, una leggera e temporanea sensazione di “fastidio”, intesa come forma di ipersensibilità dentale agli stimoli termici, che non esimerà comunque l’interessato dall’osservare, con scrupolo, i seguenti comportamenti:

* eseguire scrupolosamente le istruzioni di igiene orale domiciliare fornite al termine del trattamento;
* eseguire, se espressamente indicati dall’igienista dentale, sciacqui con collutori dedicati, applicazioni di fluoro o trattamenti desensibilizzanti;
* sottoporsi a controlli odontoiatrici regolari (semestrali).
1. **TRATTAMENTI ALTERNATIVI**

Non esistono, allo stato attuale, trattamenti alternativi alla seduta di ablazione tartaro effettuata con le modalità di cui sopra.

1. **DURATA DELL’EFFETTO DEL TRATTAMENTO**

La durata degli effetti del trattamento di cui trattasi, dipendono dagli stili di vita del soggetto e dal corretto rispetto dei comportamenti sopra consigliati.

**Osservazioni di rilievo nel caso specifico:**

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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a correttamente informato/a dal/la Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di aver compreso lo scopo e la natura della prestazione di Ablazione del Tartaro (punti sub a, b, c) descritta nel presente modulo, nonché il comportamento da assumere a seguito dell’intervento (punto sub e) al fine della buona riuscita dello stesso.

Dichiaro, altresì, di essere stato adeguatamente edotto sulle possibili complicanze del trattamento suindicato e di non rientrare nelle condizioni a rischio analiticamente elencate al punto sub d).

Presto pertanto l’assenso alla terapia che mi è stata descritta e consegnata, per presa visione, con il presente consenso informato.

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

Firma del paziente o di chi ne fa le veci Firma Odontoiatra e/o Igienista dentale

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