

INFORMAZIONE ALLA TERAPIA IMPLANTO PROTESICA
SCHEDA INFORMATIVA GENERALE

Gentile Paziente,

Nella presente informativa si riassumono i concetti riguardanti l'implanto-protesi a lei proposta, verbalmente già espressi nel corso delle visite.

Dopo questa pagina introduttiva generale, tratteremo nel dettaglio il suo caso nei moduli allegati, attraverso l'anamnesi, la diagnosi, il piano di trattamento con le possibili alternative terapeutiche, i materiali utilizzati, i benefici e le complicanze specifiche dell'intervento e le necessarie terapie di mantenimento nel tempo, in modo da ottenere il suo consenso informato alle terapie.

COSA È L'IMPLANTOLOGIA : L'implantologia è quella branca dell'odontoiatria che si occupa della sostituzione dei denti naturali mancanti mediante l'inserimento di radici artificiali, rappresentate da viti filettate in titanio, nella compagine delle ossa mascellari.

IN COSA CONSISTE : Il trattamento si articola di solito in 2 fasi:

- 1) fase chirurgica, che consiste nell'inserimento degli impianti
- 2) fase protesica, che consiste nella ricostruzione della corona sulle radici artificiali. Questa fase, nei casi protocollari e in assenza di indicazioni specifiche diverse, ha inizio dopo un periodo di guarigione minimo di 3 mesi. Nel corso di questo periodo, al paziente viene applicata, se del caso, una protesi provvisoria fissa o rimovibile. Per l'impostazione della terapia ed il controllo della stessa una volta terminata, è necessario sottoporre il paziente a molteplici esami clinici e radiologici.

BENEFICI : L'implantologia infine permette il ripristino della funzione masticatoria ed estetica senza ricorrere a protesi rimovibili o ponti protesici fissi tradizionali, realizzati utilizzando i denti naturali.

COMPLICANZE INTRAOPERATORIE: le complicanze, **estremamente rare** previa adeguata pianificazione dell'intervento, sono rappresentate dalla lesione del nervo alveolare con temporanea o permanente alterazione della sensibilità (parestesia) dal lato dell'intervento per impianti inseriti inferiormente e da comunicazioni oro-sinusali con sinusiti croniche per impianti inseriti superiormente.

PROBABILITÀ DI SUCCESSO : Non potendosi prevedere con assoluta certezza quale sia la risposta biologica dell'organismo ospite, non è possibile dare garanzie assolute di successo degli impianti e della loro durata. E' da rilevare che statisticamente le percentuali medie di successo a 10 anni, in assenza di patologie sistemiche, sono del 90% nell'arcata inferiore e del 85% nell'arcata superiore. Le conseguenze dell'eventuale condizione di fumatore sulle percentuali di riuscita sarà trattata in modulo separato, perché può compromettere pesantemente l'esito delle terapie. In caso di insuccesso, l'impianto può essere facilmente rimosso per via chirurgica e sostituito con un nuovo impianto dopo un congruo periodo di guarigione, variabile da caso a caso. E' altresì da chiarire che per il successo della terapia è necessario che Lei si attenga scrupolosamente alle prescrizioni fornite dal medico, sia in rapporto all'igiene della bocca, sia in rapporto ai controlli necessari, in mancanza delle quali si può compromettere il buon esito delle terapie. Troverà negli allegati personalizzati la frequenza e il tipo dei controlli da eseguirsi.

COSTI : La terapia ha un costo superiore alla protesi tradizionale sia per l'elevato costo del materiale implantologico, sia per il maggior costo della realizzazione protesica.

A disposizione per ogni ulteriore chiarimento in merito.

INFORMAZIONE ALLA TERAPIA IMPLANTO PROTESICA

ANAMNESI MEDICO-ODONTOIATRICA mirata all'implantologia

nome paziente:

- | | | |
|----|----|---|
| SI | NO | STA ASSUMENDO DEI FARMACI ? |
| SI | NO | E' INTOLLERANTE AD ANTIBIOTICI E ANALGESICI ? |
| SI | NO | E' ALLERGICO AD ALIMENTI O SOSTANZE AMBIENTALI ? |
| SI | NO | HA MAI AVUTO REAZIONI ALL'ANESTESIA LOCALE ? |
| SI | NO | FUMA? QUANTE SIGARETTE AL GIORNO? |
| SI | NO | SOFFRE DI IPERTENSIONE ARTERIOSA? |
| SI | NO | HA SUBITO RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI ? |
| SI | NO | EVENTUALI ESAMI DEL SANGUE HANNO RILEVATO ALTERAZIONI DEI VALORI ? |
| SI | NO | SOFFRE DI GASTRITE O DI ULCERA GASTRODUODENALE ? |
| SI | NO | E' CARDIOPATICO (ES. INFARTUATO, PROTESI VALVOLARI O PACEMAKER) ? |
| SI | NO | HA CONTRATTO IN PASSATO L' EPATITE VIRALE ? |
| SI | NO | APPARTIENE A GRUPPI A RISCHIO PER HIV (VIRUS DELL' AIDS) ? |
| SI | NO | E' AFFETTO DA SINDROMI NEUROLOGICHE (ES. EPILESSIA, TRIGEMINOPATIE) ? |
| SI | NO | SOFFRE DI MALATTIE PSICHICHE, ANSIA O DEPRESSIONE ? |
| SI | NO | HA PROBLEMI DELLA COAGULAZIONE DEL SANGUE ? |
| SI | NO | E' AFFETTO DA MALATTIE ENDOCRINE (ES. DIABETE , IPERTIROIDISMO) ? |
| SI | NO | E' IN GRAVIDANZA ? |
| SI | NO | DIGRIGNA I DENTI ABITUALMENTE (BRUXISMO) ? |
| SI | NO | SOFFRE DI PARODONTOPATIE (SANGUINAM. GENGIVALE, RECESSIONI, MOBILITÀ) ? |
| SI | NO | AVVERTE DOLORI O RUMORI ALLE ARTICOLAZIONI TEMPORO-MANDIBOLARI ? |
| SI | NO | HA DIFFICOLTÀ NELL'APRIRE O CHIUDERE LA BOCCA ? |

FIRMA DEL MEDICO

data

FIRMA DEL PAZIENTE

N.B. →

OGNI RISPOSTA NON SINCERA È RISCHIO PER IL PAZIENTE, PER IL MEDICO E PER IL PERSONALE DELLA STRUTTURA SANITARIA E OSTACOLA LA MIGLIOR RIUSCITA DI OGNI TERAPIA. IL CONTENUTO DEL QUESTIONARIO MEDICO COSTITUISCE SEGRETO PROFESSIONALE E COME TALE VIENE CONSIDERATO E RISPETTATO DA TUTTO IL PERSONALE DELLA STRUTTURA SANITARIA.

INFORMAZIONE ALLA TERAPIA IMPLANTO PROTESICA

SCHEMA SPECIFICA DEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

La visita, l'anamnesi, l'analisi dei seguenti strumenti diagnostici:

- radiografie endorali
- radiografia panoramica – OPT
- modelli in gesso
- ceratura diagnostica
- dima chirurgica
- Dental Scan arcate dentarie
- visita ORL

permettono di formulare la seguente diagnosi e piano di trattamento:

DIAGNOSI:

- edentulia in zona
- elementi irrecuperabili

PIANO DI TRATTAMENTO IMPLANTOLOGICO PROPOSTO:

- innesto osseo preimplantare;
- intervento parodontale di chirurgia muco-gengivale
- riabilitazione mediante impianti in sede edentula;
- riabilitazione mediante impianti post-estrattivi;
- riabilitazione mediante impianti e rialzo di seno mascellare;
- rigenerazione ossea perimplantare;

POSSIBILI ALTERNATIVE TERAPEUTICHE PROPOSTE:

considerata la sede e l'estensione dell'edentulia, è possibile realizzare:

- ponte tradizionale fisso di n°... elementi in sede ...
- protesi mobile tipo ...

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO, CHE SARÀ EFFETTUATO DAL DOTT.:

- anestesia locale (plessica o tronculare);
- incisione chirurgica nella zona edentula e scollamento di lembo mucoso;
- accesso chirurgico tramite opercolo gengivale
- preparazione dei siti implantari nell'osso con serie di frese calibrate a minima invasività;
- inserimento n°..... impianti in titanio in sede
- sutura lembo mucoso.

PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA:

- antibiotici
- antinfiammatori

INFORMAZIONE ALLA TERAPIA IMPLANTO PROTESICA

SCHEDA SPECIFICA DEL TRATTAMENTO PROTESICO SU IMPIANTI

GUARIGIONE

- attesa di mesi per l'osteointegrazione

PIANO DI TRATTAMENTO PROTESICO PROPOSTO:

- realizzazione di protesi provvisoria rimovibile nella zona implantare a solo scopo estetico.
- riabilitazione fissa mediante corone protesiche provvisorie a carico immediato
- riabilitazione fissa mediante corone protesiche provvisorie differite a 3 o 6 mesi
- corone protesiche fisse definitive in metallo-ceramica
- protesi rimovibile sostenuta da impianti (overdenture)

Considerato inoltre il tipo di intervento, è possibile **nel suo caso:**

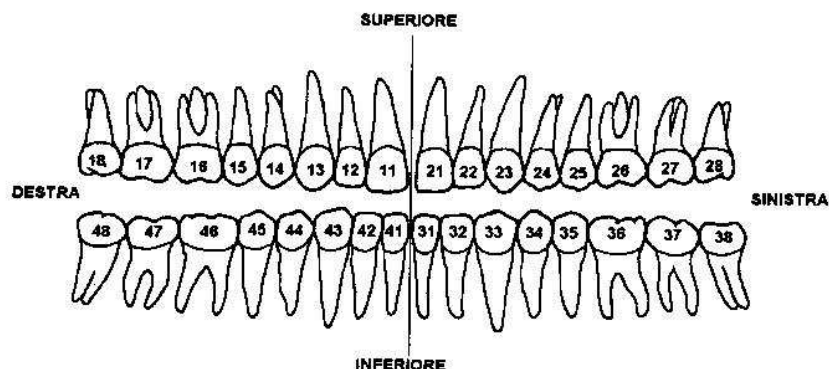
- parestesia raramente permanente per lesione del nervo alveolare inferiore;
- sinusite mascellare per comunicazione oro-sinusale;
- peri-implantite per scarsa igiene orale;
- mancata osteointegrazione degli impianti dovuta al fumo.

FREQUENZA DEI CONTROLLI:

- ogni settimana nel primo mese dopo l'impianto;
- una volta al mese fino alla protesizzazione;
- ogni 3 mesi con igiene per il mantenimento.

DOMANDE : informazioni richieste dal paziente :

- inserire domande
- nessuna domanda



INFORMAZIONE ALLA TERAPIA IMPLANTO PROTESICA
NORME DI COMPORTAMENTO DA ADOTTARE DOPO L' INTERVENTO CHIRURGICO

data:

paziente:

intervento:

ATTIVITA' FISICA evitare sforzi il giorno dell'intervento

GUIDA AUTOVEICOLI guidate con prudenza dopo l'intervento : l'anestesia riduce la prontezza di riflessi

ALIMENTAZIONE **SI cibi morbidi e liquidi freddi**
NON mangiare cibi solidi, caldi e **NON** bere caffè, thè, alcool nei 3 giorni dopo l'intervento
NON mangiare finchè l'anestesia è presente

NON FUMARE **NON FUMARE** per le 72 ore dopo l'intervento; riduce comunque il consumo per tutto il periodo dell'osteointegrazione in quanto il fumo diminuisce del 50% le probabilità di ottenere adeguata integrazione degli impianti influenzando negativamente sulla guarigione delle ferite e dell'osso. È controindicazione assoluta all'intervento di rialzo di seno. Medesime valutazioni per i cerotti antifumo a base di nicotina con assorbimento transdermico.

IMPACCHI FREDDI **SI** sulla guancia per 30 minuti ogni ora nel giorno dell'intervento

SOFFIARE IL NASO **NON** soffiare il naso nei primi giorni se gli impianti sono stati inseriti nell'arcata superiore

SCIACQUI utilizzare solo **spray** a base di clorexidina nella zona dell'intervento
NON sciacquare la bocca nei primi due giorni dopo l'intervento

LAVARE I DENTI **NON LAVARE** la zona intervento fino alla rimozione dei punti

ANALGESICO se prescritto, terminare il ciclo di analgesico secondo l'intera prescrizione

ANTIBIOTICO terminare il ciclo di antibiotico secondo l'intera prescrizione

PUNTI DI SUTURA se non sono del tipo riassorbibile, devono essere rimossi dal dentista tra la 7 e 10 giornata dall'intervento

COMPLICANZE contattare il dott. al n° per urgenze dovute a:

- persistenza della anestesia oltre il primo giorno
- emorragia persistente o a comparsa tardiva
- gonfiore eccessivo
- febbre alta oltre 38.5 °
- dolore intenso che non recede con analgesici

Vi auguro una buona guarigione senza dolore.

INFORMAZIONE ALLA TERAPIA IMPLANTO PROTESICA
MODULO DI CONSENSO

nome paziente:

Io sottoscritto ho discusso con il Dott. dalla data:
il piano di trattamento implanto-protetico a me proposto.

Dichiaro di aver preso visione della cartella clinica, con la diagnosi del caso e il piano di trattamento proposto, con le possibili diverse soluzioni alternative, di aver ricevuto e compreso le informazioni riguardanti la terapia, i benefici che da essa possono derivare e gli eventuali inconvenienti ad essa connessi.

Dichiaro inoltre, di essere al corrente della necessità della massima collaborazione che m'impegno a dare, al fine del raggiungimento ottimale degli obiettivi della cura.

Eventuali variazioni del piano di trattamento che dovessero rendersi necessarie, sempre nell'esclusivo interesse del paziente, verranno comunicate per l'approvazione.

Autorizzo il personale sanitario incaricato a sottopormi al trattamento previsto ed il cui completamento coinciderà con il raggiungimento del miglior risultato a suo parere ottenibile.

Nel caso di mia decisione di interrompere le cure mi impegno a comunicarla al medico al fine di affrontare e se possibile risolvere, i problemi che ne potrebbero derivare.

Pertanto DO il mio consenso informato **in data odierna**
all'effettuazione della seguente terapia implantare:

.....
.....

data
Firma del paziente

fermo restando che il mancato rispetto delle prescrizioni ricevute potrebbe compromettere il buon esito delle terapie e della riabilitazione.

Il presente fascicolo informativo è composto da

- scheda informativa generale
- anamnesi mirata all'implantologia
- scheda specifica del trattamento implantologico
- scheda specifica del trattamento protesico
- scheda istruzioni post-chirurgiche
- il presente consenso firmato

Io sottoscritto dott.
confermo ed attesto in modo contestuale alla sottoscrizione del paziente che lo stesso, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto esposto e spiegato dettagliatamente punto per punto.

Firma del medico
