



**Dott.** .....

**Laurea in**.....

**Cognome**.....

**Nome**.....

**Luogo di nascita**.....**Data**.....

**C.F.** .....

**Via**..... **Citta'**..... **Cap**.....

**Professione**..... **Tel. Ab**..... **cell**.....

**Medico di base** ..... **Medico odontoiatra**.....

**Genitore del minore**.....

**Anamnesi di igiene orale**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA**  
**PRESTAZIONE DI:**  
**ABLAZIONE DEL TARTARO**

Gentile paziente con questo modulo si intendono riassumere i concetti relativi al suo trattamento.

**DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO**

Con il termine *ablazione del tartaro* 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 per 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 del Ministero della Salute.

**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.

**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 e irrigazione dei tessuti. I secondi vengono manovrati dall'operatore che indirizza la superficie lavorante dello strumento sulla superficie dei denti creando attrito.

### **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, 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:

*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.*

### **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.

### TRATTAMENTI ALTERNATIVI

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

### DURATA DELL'EFFETTO DEL TRATTAMENTO

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

Io sottoscritto.....dichiaro di essere stato correttamente informato dal/lla Dr./Dott.ssa..... e di aver compreso lo scopo e la natura della prestazione di **ablazione del tartaro** descritta nel presente modulo, nonché il comportamento da assumere successivamente all'intervento al fine della buona riuscita dello stesso.

Dichiaro di essere stato adeguatamente edotto sulle possibili complicanze del trattamento e dichiaro di non essere incluso nelle condizioni a rischio analiticamente elencate.

Presto pertanto l'assenso alla terapia che mi è stata descritta.

Luogo e Data, .....

Firma del Paziente o di chi ne fa le veci

Firma dell'Igienista Dentale

.....

.....