



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

.....

.....