



*Cognome*.....

*Nome*.....

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

*C.F.* .....

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

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

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

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO  
ALLO SBIANCAMENTO PROFESSIONALE DEI DENTI VITALI**

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

**DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO**

Lo sbiancamento professionale dei denti vitali è un metodo che si basa sull'utilizzo di gel a base di perossido di carbammide o perossido di idrogeno.

Questi gel sono disponibili in varie concentrazioni e, a secondo della concentrazione, possono essere utilizzati a domicilio o in studio, con l'eventuale uso di una lampada per la foto-attivazione.

La tecnica professionale domiciliare prevede la presa di impronte in alginato per la costruzione di



mascherine personalizzate che servono per contenere il gel sbiancante.

Queste mascherine devono essere utilizzate giornalmente e il tempo di applicazione può variare da tutta la notte a qualche ora durante il giorno secondo la concentrazione scelta. L'applicazione deve essere ripetuta da un minimo di 10-12 notti fino al raggiungimento del risultato voluto.

Discromie più resistenti possono richiedere delle applicazioni specifiche.

Il principio attivo agisce sulle discromie presente tra i prismi dello smalto, lasciando quest'ultimo inalterato.

Le chiediamo di seguire scrupolosamente le seguenti indicazioni domiciliari:

- scrupolosa igiene orale domiciliare prima dell'applicazione della mascherina;
- conservazione delle siringhe/capsule di gel in un luogo fresco e buio;
- rispettare gli appuntamenti previsti.

Procedimento clinico: Durante il primo appuntamento verrà eseguita un'igiene orale professionale, rilievo delle impronte e foto iniziali e riferimento colorimetrico, durante la seconda seduta verrà consegnate le mascherine con il gel sbiancante con la dimostrazione di utilizzo.

Dopo 7 giorni verrà eseguito un controllo per valutare l'andamento dello sbiancamento e a 14 giorni verranno eseguite le foto finali con il rilevamento colorimetrico.

Possibili complicanze: potrebbero verificarsi fenomeni di ipersensibilità dentinale variabili da soggetto a soggetto. Questa ipersensibilità è transitoria e può richiedere la sospensione del trattamento da 1 a qualche giorno o interponendo l'applicazione di materiale desensibilizzante o di fluoro.

La tecnica professionale in studio prevede 2 o più sedute di un ora circa in cui dovrà essere in grado di rimanere fermo a bocca aperta.

Procedimento clinico: Prima di posizionare il gel sbiancante, verranno applicati dei presidi a protezione delle mucose e degli apribocca che l'aiuteranno nel mantenere la bocca aperta; seguirà l'applicazione di una resina (diga liquida) a protezione delle gengive ed infine quella del gel sbiancante. Il



Associazione Igienisti Dentali Italiani

gel viene lasciato a contatto dei denti per almeno 2 cicli variabili da 8 a 20 minuti circa ciascuno. Il principio attivo agisce sulle discromie presente tra i prismi dello smalto, lasciando quest'ultimo inalterato.

Le chiediamo, per l'esecuzione di questo trattamento, di attenersi scrupolosamente agli appuntamenti previsti: seduta di igiene orale professionale con foto iniziali e riferimento colorimetrico, sedute di circa 1 ora per l'applicazione del gel sbiancante variabili di numero in base al tipo di discromia, foto finali e campione colorimetrico.

Possibili complicanze: potrebbero verificarsi fenomeni di ipersensibilità dentinale, reversibili nell'arco di poche ore o giorni e ridimensionabili con l'applicazione di materiale desensibilizzante o di fluoro e di lesioni bianche delle mucose da contatto accidentale con il principio attivo, reversibili in poche ore associate o no a lieve sintomatologia.

## **COMPORTAMENTI DA SEGUIRE PRIMA, DURANTE E DOPO LA TERAPIA DI SBIANCAMENTO**

Si raccomanda, la settimana precedente, durante il trattamento e per le due settimane successive di sospendere o limitare al massimo l'uso di sostanze pigmentanti quali fumo di sigarette, sigaro, pipa e tabacco in genere, cibi come caffè, the, cola, sughi e salse, carciofi, barbabietole, spinaci, ciliegie, fragole, liquirizia, collutori a base di clorexidina.

Si ricorda che la sostituzione di otturazioni o protesi potrà avvenire solo dopo due o tre settimane dall'ultima applicazione del gel sbiancante. La durata del risultato dello sbiancamento è di minimo un anno e dipende dalle sue abitudini.



## **INDICAZIONI PER L' ESECUZIONE DELLA TERAPIA DI SBIANCAMENTO PROFESSIONALE**

La terapia di sbiancamento dei denti vitali è indicata per le persone che presentano una situazione di salute del cavo orale sia dal punto di vista dei denti sia dal punto di vista delle gengive e desiderano avere i denti più bianchi rispetto al colore del momento.

La tecnica di sbiancamento risulta efficace e sicura quando vengono rispettati le indicazioni di utilizzo indicate dall'odontoiatra e/o dall'igienista dentale.

Il trattamento non è indicato quando la persona interessata presenta denti gravemente distrutti o otturazioni estese, presenza di restauri, presenza di manufatti protesici, presenza di apparecchi ortodontici o impianti osteointegrati nella zona da trattare, denti ipersensibili, presenza di carie, presenza di lesioni periapicali, riassorbimento radicolari dei denti che si intendono sbiancare, terapie endodontiche insoddisfacenti, superfici radicolari esposte, e reazioni allergiche ai componenti dello sbiancamento o ai polimeri della mascherina, in caso di trattamento domiciliare.

Inoltre, il trattamento è controindicato, da un punto di vista della salute generale, in queste situazioni:

- patologie all'articolazione temporo-mandibolare;
- in presenza di xerostomia o in caso di assunzione di farmaci che possono dare xerostomia;
- assunzione di farmaci fotosensibili e non avere storia di melanoma, nei casi di sbiancamento foto attivato;
- gravidanza e allattamento;
- assunzione di farmaci antinfettivi, antinfiammatori o immunosoppressivi;



- si è particolarmente ansioso o irrequieto o soglia del dolore particolarmente bassa.

**ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE**

.....

.....

.....

.....

Io sottoscritto/a ..... dichiaro di essere stato adeguatamente informato e di aver compreso lo scopo e la natura della applicazione di sigillante indicata nel presente modulo, nonché il comportamento da assumere successivamente all'intervento al fine della buona riuscita dello stesso.

Dichiara di essere stato adeguatamente edotto sulle possibili complicanze del trattamento e dichiara di non essere nelle condizioni a rischio analiticamente elencate.

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

Data, .....

Firma del Paziente o di chi ne fa le veci

Firma dell'Igienista Dentale

.....

.....



Associazione Igienisti Dentali Italiani