



TiRADIX srl

Via Rovereto, 1 20871 Vimercate MB Italia
Tel. 0039 039 6612705 Fax. 0039 039 6388468
Email: info@tiradix.it Web: www.tiradix.it

Manuale del Paziente

Cod. 01.300.00.0

Ed. 01

Rev.2 del 30/10/2012

Il presente manuale deve essere integro in ogni sua parte e deve essere composto da un totale 16 pagine

Tutti i diritti riservati
Ogni abuso verrà perseguito a norma di legge

 **INDICE** 

1	SCOPO	3
2	CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3	LETTERA INFORMATIVA.....	4
4	MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO	6
5	SCHEDA ANAMNESTICA	8
5.1	DATI ANAMNESTICI	8
5.2	ESAMI EMATOCHIMICI.....	8
5.3	TERAPIE IN CORSO:	9
5.4	ELEMENTI SEMEIOLOGICI DI PARTICOLARE INTERESSE CLINICO:	9
6	SCHEDA CHIRURGICA	10
6.1	OSSERVAZIONI INTRAOPERATORIE	10
6.2	MATERIALE PER GBR.....	10
6.3	TIPO DI MUCOSA:	12
6.4	TIPO DI OSSO:	12
6.5	ESAMI RADIOGRAFICI PREOPERATORI:	12
6.6	ESAMI RADIOGRAFICI INTRAOPERATORI:	12
6.7	PROBLEMI POST OPERATORI:	13
7	SCHEDA CONTROLLI POST CHIRURGICI	14
7.1	CONTROLLI:	14
8	SCHEDA PER IL PAZIENTE	15
8.1	ISTRUZIONI POST OPERATORIE	15
8.2	COSA PUÒ SUCCEDERE NEI GIORNI SUCCESSIVI ALL'INTERVENTO	16
8.3	SINTOMI DA COMUNICARE IMMEDIATAMENTE AL MEDICO CHE HA EFFETTUATO L'INTERVENTO	16
8.4	SCHEDA PER VISITE	17

1 SCOPO

Il presente manuale di istruzioni ha lo scopo di informare il paziente sulla metodica implantoprotesica TiRADIX e sulle problematiche e le istruzioni post chirurgiche.

Inoltre ha lo scopo di permettere la stesura di una scheda anamnestica e chirurgica.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente manuale di istruzione si applica a tutti gli interventi di implantologia dentale messi in atto mediante la metodica TiRADIX.

3 LETTERA INFORMATIVA

Gentile Paziente,

Lei sarà sottoposto ad un intervento chirurgico di implantologia orale e pertanto vorremmo prestasse attenzione ad alcune informazioni.

- L'intervento chirurgico di implantologia orale può generalmente essere diviso in 2 fasi:
 1. La prima fase o intervento propriamente detto consiste nell'inserimento all'interno delle ossa della bocca (osso mascellare superiormente e mandibola inferiormente) di viti in Titanio, dopo opportuna preparazione di un alloggio artificiale (alveolo chirurgico) eseguito con frese di lunghezza e calibro adeguati al tipo di impianto scelto.
 2. La seconda fase o riabilitazione protesica potrà essere eseguita solo dopo il periodo di osteointegrazione dell'impianto:
 - ⇒ circa 4/6 mesi per il mascellare inferiore
 - ⇒ circa 6/8 mesi per il mascellare superiore
- L'intervento sarà eseguito in anestesia locale.
- L'intervento chirurgico di implantologia orale è effettuabile ambulatorialmente cioè in studio dentistico; esso non richiede quindi nessuna ospedalizzazione.
- L'implantologia è una tecnica di riabilitazione protesica alternativa alle tecniche protesiche convenzionali.

Non è possibile garantire il successo clinico al cento per cento, in quanto esistono situazioni, non prevedibili, che possono portare alla perdita dell'impianto nel dieci per cento dei casi.

Queste cause sono:

- ⇒ Infezioni postoperatorie
- ⇒ Scarsa igiene orale

- ⇒ Presenza di lacune (rarefazioni) ossee non visibili radiograficamente
- ⇒ Presenza di infezioni circoscritte non visibili radiograficamente, rimaste dopo estrazioni dentali.

Una volta avvenuta l'osteointegrazione dell'impianto si passerà alla fase protesica. Quando questa sarà completata il nostro lavoro sarà finito, e comincerà il suo che consisterà in una eccellente igiene orale e l'impegno di presentarsi ai controlli periodici da noi richiesti.

Questo vuole essere soltanto un protocollo informativo per portare alla sua conoscenza le fasi di questo tipo di riabilitazione protesica, percentuale di successo e di insuccesso con relative cause.

Data,

Firma per presa visione

.....

4 MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto.....
nato/a a il
autorizzo
il dr.:
ad eseguire su di me l'intervento di implantologia orale

• Sono stato informato/a:

1. Su tutte le possibili conseguenze negative che può comportare un tale tipo di intervento chirurgico ambulatoriale.
2. Che l'implantologia è una tecnica di riabilitazione protesica alternativa ad altre convenzionali; pertanto la scelta finale di utilizzare tale tipo di tecnica è una mia libera scelta. Non ho subito alcuna costrizione ad effettuarla da parte del chirurgo implantologo o dai suoi collaboratori.

Ho letto il protocollo informativo unito alla presente scheda ed ho ben compreso che:

1. Le informazioni sull'intervento e sui suoi possibili esiti mi sono state date in modo esteso, veritiero, realistico e completo.
2. Le eventuali formazioni di gonfiori (ematomi e/o sieromi) sono eventi che non dipendono solo dalle tecniche chirurgiche impiegate, ma ancor più dalla reattività dell'organismo del paziente
3. Io sottoscritto acconsento a sottopormi nel caso di complicazioni o difetti alle cure del caso, anche chirurgiche, dallo stesso chirurgo che mi ha operato, senza ulteriore pagamento di parcella. Nel caso io sottoscritto voglia rivolgermi ad un altro chirurgo, rinuncio a qualsiasi rivalsa nei confronti di chi mi ha operato in precedenza.
4. Accetto di sottopormi alle terapie mediche, fisiche ed igieniche che mi verranno prescritte nel periodo pre e post operatorio, essendo informato che, in caso di mia negligenza, potrei compromettere l'esito dell'intervento

5. Nel caso in cui il risultato dell'intervento sia oggettivamente insoddisfacente, cioè non attribuibile ad un intervento fortuito e correggibile, avrò diritto al risarcimento del danno patrimoniale ad eccezione del danno non patrimoniale.
6. Per la presenza nella parte posteriore della mandibola di un grosso nervo, interventi in questa sede possono provocare infiammazioni e casuali lesioni temporanee o permanenti al nervo stesso. Dette lesioni comportano la perdita di sensibilità e motricità di alcune parti della bocca. In ogni caso eventuali infiammazioni e lesioni temporanee hanno un tempo di guarigione non inferiore a sei mesi.
7. Acconsento di essere eventualmente fotografato prima, durante e dopo l'intervento a scopo raccolta di documentazione clinica, che il chirurgo, da parte sua, si impegna ad usare solo in un contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato (ai sensi della legge n° 675/96 sulla privacy)

Firma del paziente:-----

In caso di minori firma di chi esercita la **Patria potestà**:

.....

Firma del chirurgo:

Ai sensi dell'art.1341 del C.C. approvo espressamente i punti 3,4,5,6,7.

Firma del paziente:

Data

5.3 TERAPIE IN CORSO:

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

FARMACI ASSUNTI NELLE ULTIME 48 ORE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI SALICILATI

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

5.4 ELEMENTI SEMEIOLOGICI DI PARTICOLARE INTERESSE CLINICO:

- Letto ungueale:.....
- Sclera:.....
- Caviglie:.....
- Congiuntiva:.....
- Forma delle dita:.....

6 SCHEDA CHIRURGICA

6.1 OSSERVAZIONI INTRAOPERATORIE

- 1.Tipo di impianto/i posizionato/i:
- 2.Lunghezza:.....
- 3.Diametro:.....
- 4.Sede:

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

Note tecniche sull'intervento:.....

6.2 MATERIALE PER GBR

MATERIALE DI RIEMPIMENTO:

- AUTOLOGO:.....
- SINTETICO:.....
- XENOLOGO:.....

MEMBRANE:

- RIASSORBIBILI:.....

● **NON RIASSORBIBILI:**.....

NOME PAZIENTE		
DATA INTERVENTO	IPV POSIZIONATO	DATA PRESUNTA PER PROTESIZZAZIONE

6.3 TIPO DI MUCOSA:

- CHERATINIZZATA
- NON CHERATINIZZATA
- SPESSA oltre 4mm
- NORMALE da 2 a 4mm
- SOTTILE inf. a 2mm

6.4 TIPO DI OSSO:

- MOLTO COMPATTO
- COMPATTO
- POCO COMPATTO

Situazioni verificatesi durante l'intervento.....
.....
.....
.....

6.5 ESAMI RADIOGRAFICI PREOPERATORI:

- Rx ENDOORALI:
- ORTOPANTOMAGRAFIA:
- TAC:
- DENTASCAN

6.6 ESAMI RADIOGRAFICI INTRAOPERATORI:

- Rx ENDORALI:

6.7 *PROBLEMI POST OPERATORI:*

- Apertura lembi:
.....
- Deiscenza membrane:
.....
- Deiscenza impianto:
.....
- Parestesie:
.....
- Altri:
.....

7 SCHEDA CONTROLLI POST CHIRURGICI

7.1 CONTROLLI:

- **Clinico a 7 giorni:**

normale:..... patologico:.....

- **Clinico a 15 giorni:**

normale:.....patologico:.....

- **Clinico a 60 giorni:**

normale:.....patologico:.....

- **Clinico a 120 giorni:**

normale:.....patologico:.....

Rx a 120 giorni: endoorali.....

ortopantomografia.....

- **Clinico a 180 giorni:**

normali:.....patologico:.....

Rx a 180 giorni: endoorali.....

ortopantomografia:.....

◇ Esami radiografici preprotesi:.....

◇ Esami radiografici postprotesi:.....

OSSERVAZIONI:.....
.....
.....
.....
.....

8 SCHEDA PER IL PAZIENTE

8.1 ISTRUZIONI POST OPERATORIE

- Applicare del ghiaccio sulla parte interessata dall'intervento chirurgico per almeno tre ore, alternando 15 minuti di contatto con 5 minuti di pausa per evitare ustioni da freddo; questa applicazione, oltre ad avere un effetto anestetico, diminuisce il gonfiore della parte sottoposta a intervento.
- Il giorno dell'intervento assumere prevelentemente cibi e bevande fredde
- Evitare il fumo di tabacco per almeno 48 ore.
- Non irritare la ferita eseguendo trazioni meccaniche sulle labbra
- Osservare una accurata igiene orale aiutandosi con colluttori o gel a base di clorexidrina iniziando dal giorno seguente l'intervento
- Seguire accuratamente le prescrizioni farmacologiche dettate dal medico (antibiotici e antiinfiammatori).

8.2 COSA PUÒ SUCCEDERE NEI GIORNI SUCCESSIVI ALL'INTERVENTO

Gentile Paziente è necessario ricordarle che a seguito di questo intervento potrebbero comparire, nei prossimi giorni, i seguenti sintomi:

- modesto **dolore** (dolenza) diffuso al lato interessato dall'intervento dovuto alla ferita chirurgica effettuata
- modesto **sanguinamento** (gemizio): in questo caso si sciacqui il meno possibile, in quanto ciò potrebbe comportare l'aumento e la persistenza di tale sanguinamento.
- **gonfiore** della parte interessata dall'intervento.
- modesto **rialzo della temperatura** corporea (febricola 37/37,5).

8.3 SINTOMI DA COMUNICARE IMMEDIATAMENTE AL MEDICO CHE HA EFFETTUATO L'INTERVENTO

- Parestesie (formicolio del labbro)
- Perdita delle suture (punti)
- Sanguinamento prolungato
- Fuoriuscite purulente (pus)
- Febbre elevata o persistente

8.4 SCHEDA PER VISITE

Visite di controllo effettuate:

DATA	FIRMA MEDICO	FIRMA PAZIENTE