



Studio Dr. Pietro Verri

Odontoiatra e Protesista Dentale • Perfezionato in Parodontologia Clinica e Peri-Implantologia

Via Colonnello Elia 34/A – 73026 Borgagne (LE)
info@studioverri.com • www.studioverri.com • Iscr. Albo Odontoiatri Lecce n. 545
Via Clementina Palma 70 – 73024 Maglie (LE)
328 837 4617

CONSENSO INFORMATO – CHIRURGIA ORALE

Estrazioni semplici e complesse • Denti inclusi • Apicectomie • Chirurgia orale minore

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome _____	Data di nascita _____
Codice Fiscale _____	Telefono / Email _____



SCANSIONA

Informativa estesa disponibile online

<https://www.studioverri.com/consensi/chirurgia-orale-esteso.pdf>

Il presente modulo riassume le informazioni essenziali relative a: chirurgia orale (estrazioni, denti inclusi, apicectomie, chirurgia minore). La versione completa e dettagliata del consenso informato — comprensiva di descrizione approfondita delle procedure, rischi rari, bibliografia scientifica di riferimento e ulteriori dettagli clinici — è consultabile inquadrando il QR code con il proprio smartphone, oppure richiedendola al personale dello studio.

PROCEDURA PROPOSTA

Sede/dente: _____ Procedura: _____ Data: _____

DESCRIZIONE SINTETICA

La chirurgia orale comprende l'estrazione di denti erotti (semplice) o con difficoltà particolari (complessa: radici anchilosate, corone distrutte), l'estrazione di denti inclusi/semi-inclusi (es. ottavi, canini) mediante incisione, ostectomia e sutura, e l'apicectomia (rimozione dell'apice radicolare con trattamento della lesione periapicale). Tutte le procedure vengono eseguite in anestesia locale.

BENEFICI

- Risoluzione del dolore, dell'infezione o della causa patologica
- Eliminazione di focolai infettivi che possono diffondersi
- Possibilità di pianificare futura riabilitazione (impianti, protesi)

PRINCIPALI RISCHI E COMPLICANZE

- **dolore, gonfiore, ecchimosi (5–10 giorni), lieve sanguinamento** Comuni:
- **alveolite secca, infezione, deiscenza della sutura** Non comuni:
- **parestesia del labbro/mento, comunicazione oro-sinusale (mascellare superiore), lesione nervo alveolare inferiore (denti inclusi)** Rari:
- **rischio di osteonecrosi – comunicare SEMPRE al clinico** In pazienti in terapia con bifosfonati/antirassorbitivi:

CONDIZIONI DA COMUNICARE OBBLIGATORIAMENTE

- Terapia anticoagulante/antiaggregante • Bifosfonati • Diabete • Cardiopatie • Immunodepressione • Gravidanza • Allergie

Il/La paziente dichiara di aver ricevuto spiegazioni verbali esaurienti, di aver potuto porre domande e di esprimere consenso libero e consapevole. La firma è revocabile in qualsiasi momento (L. 219/2017).

Data e luogo: _____

Firma del/della Paziente: _____

Firma del Clinico: _____

Trattamento dati: art. 9 GDPR 2016/679 – solo per finalità di cura. Informativa completa disponibile in studio.