



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 – IMPLANTOLOGIA

Inserimento impianti osteointegrati • GBR • Rialzo del seno mascellare

DATI DEL PAZIENTE

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



SCANSIONA

Informativa estesa disponibile online

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

Il presente modulo riassume le informazioni essenziali relative a: chirurgia implantare, rigenerazione ossea (GBR), rialzo del seno mascellare. 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

Sito: _____ N° impianti: _____ Procedura accessoria: _____ Data: _____

DESCRIZIONE SINTETICA

Un impianto dentale è un dispositivo in titanio inserito chirurgicamente nell'osso per sostituire la radice di un dente mancante. L'osteointegrazione (fusione impianto-osso) richiede 3–6 mesi. Possono essere necessarie procedure accessorie: rigenerazione ossea guidata (GBR) con membrane e innesti, rialzo del seno mascellare (laterale o crestale) o ridge splitting. La protesizzazione definitiva avviene al completamento della guarigione.

PRINCIPALI RISCHI E COMPLICANZE

- **dolore, gonfiore, ecchimosi – controllabili farmacologicamente** Post-operatori attesi:
- **infezione, deiscenza, esposizione membrana/innesto, sinusite (dopo sinus lift)** Non comuni:
- **parestesia nervo alveolare inferiore o linguale, fallimento implantare (2–5%), peri-implantite tardiva** Rari:
- **rischio di osteonecrosi (MRONJ) – valutazione obbligatoria pre-chirurgia** Pazienti con bifosfonati/antirassorbitivi:

FATTORI DI RISCHIO PRINCIPALI

- Fumo (riduce sopravvivenza impianti 2–3x) • Diabete scompensato • Osteoporosi • Igiene orale carente • Bruxismo

MATERIALI DA INNESTO AUTORIZZATI (barrare)

☐ Autologo ☐ Eterologo bovino (es. Bio-Oss®) ☐ Alloinnesto umano ☐ Alloplastico sintetico ☐ Scelta al clinico

CONDIZIONI DA COMUNICARE OBBLIGATORIAMENTE

- Anticoagulanti/antiaggreganti • Bifosfonati • Diabete • Radioterapia testa-collo • Immunodepressione • 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.