Studio medico / timbro

Anamnesi medica e consenso al trattamento odontoiatrico

Dati del cliente

Nome e cognome

Data di nascita

Telefono

Data

ANAMNESI DEL PAZIENTE / CONSENSO AL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO

Controindicazioni rilevanti: lo comunichi al medico prima del trattamento

- Bifosfonati (rischio di osteonecrosi della mascella: è OBBLIGATORIO comunicarlo!)
- Pacemaker o protesi valvolari
- Emofilia e disturbi della coagulazione
- Gravidanza (soprattutto primo e terzo trimestre: anestesia con cautela)
- Allergia a lidocaina o articaina (anestetici locali)
- Herpes in fase attiva nel cavo orale o nella zona periorale
- Terapia con anticoagulanti (acido acetilsalicilico, Xarelto, warfarin, Eliquis)
- Infarto o ictus negli ultimi 6 mesi
- Malattie autoimmuni (artrite reumatoide, sindrome di Sjögren)

QUESTIONARIO SANITARIO — compilazione obbligatoria. Nascondere informazioni può mettere a rischio la salute e la vita del paziente.

Soffre di malattie cardiache (infarto, ipertensione, valvulopatie, cardiopatia ischemica) oppure ha avuto un infarto o un ictus negli ultimi 6 mesi? ☐ Sì ☐ No

Porta un pacemaker o protesi valvolari? ☐ Sì ☐ No

Soffre di malattie del sangue (anemia, emofilia, disturbi della coagulazione)? ☐ Sì ☐ No

Soffre di diabete, malattie della tiroide o asma bronchiale? ☐ Sì ☐ No

Soffre di malattie infettive (epatite B o C, HIV, tubercolosi)? ☐ Sì ☐ No

È in gravidanza? ☐ Sì ☐ No

Se sì, settimana di gestazione

Allergie a farmaci, lattice o metalli (le indichi oppure scriva NESSUNA)

Assume anticoagulanti (acido acetilsalicilico, Xarelto, warfarin, Eliquis)? ☐ Sì ☐ No

☐ OSTEOPOROSI / bifosfonati: non dichiararlo comporta il rischio di osteonecrosi della mascella

Ha mai avuto una reazione allergica all'anestesia locale? ☐ Sì ☐ No

Elenco dei farmaci che assume abitualmente

CONSENSO AL TRATTAMENTO — Presto il mio consenso informato all'esame del cavo orale, alla somministrazione dell'anestesia locale, all'esecuzione di indagini radiologiche e all'attuazione del piano di cure odontoiatriche proposto. Il medico mi ha informato compiutamente sulla procedura prevista, sulle possibili complicanze, sulle alternative terapeutiche e sui costi stimati. Tutte le informazioni sulla mia salute che ho fornito sono veritiere.

☐ *Acconsento all'esecuzione delle radiografie indicate. Sono stato informato dell'impiego di radiazioni ionizzanti a scopo diagnostico, che comporta un rischio minimo per la salute.*

☐ *Presto il mio consenso informato all'esecuzione del trattamento odontoiatrico e alla somministrazione dell'anestesia locale (legge 22 dicembre 2017, n. 219)*

☐ *Confermo di aver letto le informazioni di cui sopra sul trattamento dei miei dati sulla salute per finalità di diagnosi e cura*

Fornire i recapiti è indispensabile per attuare regolarmente il piano di cure. Lo studio si riserva il diritto di contattarla per finalità assistenziali e organizzative (art. 6, par. 1, lett. b e art. 9, par. 2, lett. h del GDPR).

☐ *Acconsento a ricevere comunicazioni commerciali (newsletter, campagne di prevenzione, promozioni); è un consenso facoltativo che posso revocare in qualsiasi momento*

DICHIARAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI — Confermo di essere stato informato che il titolare del trattamento dei miei dati è _____, con sede in _____ e partita IVA _____. I miei dati sulla salute sono trattati per finalità di diagnosi e cura da un professionista sanitario soggetto al segreto professionale (art. 9, par. 2, lett. h del GDPR, in combinato disposto con l'art. 2-septies del D.lgs. 196/2003). Il consenso informato alle cure è disciplinato dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219. La documentazione sanitaria è conservata per il tempo necessario alle finalità di cura e alla tutela dei diritti in sede giudiziaria; come riferimento si assume il termine ordinario di prescrizione di dieci anni previsto dall'art. 2946 del codice civile. Mi spettano i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità, nonché il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Il diritto alla cancellazione non si estende alla documentazione sanitaria che lo studio è tenuto a conservare.

Data

Firma del paziente (questionario sanitario, consenso al trattamento e informativa privacy)

Indicazioni dopo un'estrazione o un intervento odontoiatrico

INDICAZIONI DOPO L'ESTRAZIONE O L'INTERVENTO — Legga e confermi ogni punto. Non seguirle può causare una complicanza che obbliga a tornare in studio.

1. GARZA: la morda per 30-40 minuti senza sputare. Un leggero trasudamento per qualche ora è normale. Se il sanguinamento dura più di un'ora, applichi una garza nuova e contatti lo studio.

- [ ] Ho capito come devo mordere la garza e so quando contattare lo studio

2. ALIMENTAZIONE: non mangi e non beva per 2 ore (finché non passa l'effetto dell'anestesia). Per 24 ore: dieta fredda e morbida (yogurt, minestra). Eviti le bevande calde.

- [ ] Mi impegno a non mangiare per 2 ore e a seguire una dieta fredda e morbida nelle 24 ore successive

3. ASSOLUTAMENTE VIETATO per 24-48 ore: fumare, bere con la cannuccia, fare attività fisica intensa e sciacquare la bocca. Ognuna di queste azioni può provocare un'alveolite secca, un quadro estremamente doloroso che impone un nuovo intervento.

- [ ] Ho capito e mi impegno a evitare del tutto fumo, cannuccia e attività fisica intensa per almeno 24 ore

4. IGIENE: si lavi i denti normalmente evitando la zona trattata. Dal giorno successivo: sciacqui delicati con acqua e sale dopo i pasti. Eviti i collutori con alcol.

- [ ] Ho capito come devo lavarmi i denti e sciacquare la bocca dopo l'intervento

5. FARMACI: assuma gli analgesici o l'antibiotico secondo la prescrizione del medico. Eviti l'acido acetilsalicilico (aumenta il sanguinamento). Se il dolore aumenta dal terzo giorno, contatti subito lo studio.

- [ ] Assumerò i farmaci secondo la prescrizione e contatterò lo studio se il dolore aumenta dal terzo giorno

Data

Firma del paziente (ricezione delle indicazioni post-estrazione)