

Cognome e Nome ..... Data e Luogo di nascita .....  
 Indirizzo ..... Telefono .....

Medico curante .....  
**CARTELLA ODONTOIATRICA** Per favore indichi: **peso** **altezza** **pressione del sangue**

1. Indichi le condizioni o le malattie di cui è stato o è affetto

| FUMATORE   | ALLERGIE   | M. ALLERGOLOGICHE  | ALTRE MALATTIE   |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> meno di 10 al dì        | <input type="checkbox"/> antibiotici             | <input type="checkbox"/> febbre da fieno                     | <input type="checkbox"/> diabete                           |
| <input type="checkbox"/> più di 10 al dì         | <input type="checkbox"/> anestetici              | <input type="checkbox"/> M. dei seni nasali/mascellari       | <input type="checkbox"/> esofagite da reflusso             |
| <input type="checkbox"/> più di 20 al dì         | <input type="checkbox"/> farmaci (ASPIRINA)      | <input type="checkbox"/> orticaria                           | <input type="checkbox"/> gastrite (no FANS)                |
| <b>M. CARDIOVASCOLARI</b>                        | <input type="checkbox"/> guanti in LATTICE       | <input type="checkbox"/> angioedema ereditario               | <input type="checkbox"/> ulcera gastrica                   |
| <input type="checkbox"/> ipertensione            | <input type="checkbox"/> polvere/pollini         | <b>M. INFETTIVE</b>  | <input type="checkbox"/> IPOtiroidismo                     |
| <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca  | <input type="checkbox"/> metalli (thimerosal-Hg) | <input type="checkbox"/> epatite A                           | <input type="checkbox"/> IPERTiroidismo                    |
| <input type="checkbox"/> angina pectoris         | <input type="checkbox"/> alimenti (vino/solfiti) | <input type="checkbox"/> epatite B                           | <input type="checkbox"/> insufficienza surrenalica         |
| <input type="checkbox"/> infarto <6> mesi        | <b>M. NEUROLOGICHE</b>                           | <input type="checkbox"/> epatite C                           | <input type="checkbox"/> insufficienza epatica             |
| <input type="checkbox"/> fibrillazione atriale   | <input type="checkbox"/> ansia                   | <input type="checkbox"/> tubercolosi                         | <input type="checkbox"/> cirrosi                           |
| <input type="checkbox"/> altre aritmie           | <input type="checkbox"/> epilessia e convulsioni | <input type="checkbox"/> AIDS                                | <input type="checkbox"/> patologia renale                  |
| <input type="checkbox"/> soffi cardiaci          | <input type="checkbox"/> depressione             | <b>M. EMATOLOGICHE</b>                                       | <input type="checkbox"/> tumori trattati con CHEMIOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> valvulopatia cardiaca   | <input type="checkbox"/> disturbi psichiatrici   | <input type="checkbox"/> sanguina a lungo                    | <input type="checkbox"/> tumori trattati con RADIOTERAPIA  |
| <input type="checkbox"/> interventi al cuore     | <input type="checkbox"/> miastenia               | <input type="checkbox"/> emofilia (no FANS)                  | <input type="checkbox"/> interventi ortopedia <2> anni     |
| <input type="checkbox"/> M. congenita cardiaca   | <input type="checkbox"/> ictus <6> mesi          | <input type="checkbox"/> M. di Von Willebrand                | <input type="checkbox"/> trapianto di organo               |
| <input type="checkbox"/> febbre reumatica        | <input type="checkbox"/> claustrofobia           | <input type="checkbox"/> metaemoglobinemia (POCA ARTICAINA)  | <input type="checkbox"/> dolori alla faccia                |
| <input type="checkbox"/> febbre da scarlattina   | <b>M. RESPIRATORIE</b>                           | <input type="checkbox"/> anemia microcitica                  | <input type="checkbox"/> apnea notturna                    |
| <input type="checkbox"/> anemia                  | <input type="checkbox"/> asma (no metabisolfiti) | <input type="checkbox"/> anemia falciforme (O <sub>2</sub> ) | <input type="checkbox"/> vene varicose gambe               |
| <input type="checkbox"/> T. anticoagulante orale | <input type="checkbox"/> tosse                   | <input type="checkbox"/> trombofilia-V Leiden, C, S          | <input type="checkbox"/>                                   |
| <input type="checkbox"/> pacemaker (no US)       | <input type="checkbox"/> enfisema (BPCO)         | <input type="checkbox"/> pregresse trasfusioni               | <input type="checkbox"/>                                   |

2. E' affetto da qualche **malattia, non presente nell'elenco** appena letto? Se sì, quale SI NO
3. E' stato **ricoverato in ospedale** o è stato sottoposto a qualche cura medica prolungata negli ultimi due anni? SI NO
4. Assume anticoagulanti orali come **COUMADIN, SINTROM, ASPIRINETTA?** (no FANS) SI NO
5. Ha eseguito **terapie farmacologiche** degne di nota negli ultimi due anni? (CORTISONE, ecc) SI NO
6. E' allergico (ovvero ha accusato eruzioni cutanee, prurito, gonfiore alle mani, piedi o occhi) o è sensibile alla **PENICILLINA, ASPIRINA, CODEINA, ANTIBIOTICI** o a qualche altro farmaco? Se sì, quale SI NO
7. Quando cammina o sale le scale deve fermarsi di frequente perché accusa dolore al torace, aumento della frequenza respiratoria o **facile affaticamento?** SI NO
8. Si sveglia di notte talvolta facendo **fatica a respirare?** SI NO
9. Ha difficoltà a **respirare dal naso** bene e liberamente? SI NO
10. Fa terapie per l'**osteoporosi** (BIFOSFONATI)? SI NO
11. Ha eseguito **RADIOGRAFIE** di tutta la bocca (**panoramiche**) o **TAC** negli ultimi due anni? SI NO
12. **Sviene** durante i prelievi di sangue o durante le iniezioni? SI NO
13. Accusa qualche **disagio psicologico** in questo momento mentre si trova qui in attesa di essere visitato? SI NO
14. Si sente **un po' teso, nervoso, ansioso** quando deve andare o si trova dal dentista? SI NO
15. Ricorda di aver sperimentato qualche **esperienza negativa** in uno studio odontoiatrico? SI NO
16. **PER LE DONNE:** è in stato di gravidanza? SI NO
17. Assume farmaci per il controllo delle nascite (**PILLOLA**)? SI NO

*Per quanto mi risulta le domande poste sono pertinenti e corrette. Qualora dovessi accusare qualche variazione del mio stato di salute o del trattamento farmacologico attuale informerò l'odontoiatra al prossimo appuntamento.*

**Data** **Firma**

**FARMACI ASSUNTI DAL PAZIENTE**

| NOME FARMACO | PRINCIPIO ATTIVO |
|--------------|------------------|
|              |                  |
|              |                  |
|              |                  |
|              |                  |
|              |                  |

MDAS >14 o > 18; VAS ; Sedaz.per os gtt ; SpO<sub>2</sub> ; Polso ; **A.S.A.: 1 2 3 4 5 E**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**  
 (D.Lgs. Nr 230/95 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dovendosi sottoporre a  
 Relazione clinica sintetica per la motivazione e la giustificazione all' esame:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di essere stato dettagliatamente ed esaurientemente informato, in maniera chiara e comprensibile, delle problematiche diagnostiche che motivano l'esecuzione della procedura, della sua natura, dei vantaggi previsti per la sua salute ed anche degli eventuali rischi connessi all' uso delle radiazioni ionizzanti, nonché delle precauzioni prese per prevenirli.
- Di essere stata esaurientemente informata dell' atto che l' esposizione alle radiazioni ionizzanti può determinare, **nel caso di donne in stato di gravidanza**, danni irreversibili alle cellule embrionali (primi 3 mesi di gravidanza) e a quelle fetali (dal 3° al 9° mese), potendo compromettere funzioni importanti e la stessa sopravvivenza del nascituro. A tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità di non essere in stato di gravidanza ed autorizza l'operatore ad eseguire la procedura diagnostica liberandolo da ogni responsabilità in caso di dichiarazione mendace.

**E' OPPORTUNO RICORDARE**

1. E' vietata l'esposizione non giustificata (D.L.vo Nr 187, Maggio 2000, art. 3)
2. L' indicazione clinica all' esecuzione di un esame radiologico è attentamente valutata dal medico che propone l'indagine e che sceglie la tecnica di indagine adatta a garantire il miglior risultato in termini diagnostici e di minor rischio per il paziente.
3. Nel D.L. 187/2000 art. 10, comma 4, è precisato che per le donne in gravidanza non è consentito l'impiego a scopo diagnostico di radiazioni ionizzanti se non in situazioni di urgenza, o di impossibilità di procrastinare l' indagine. In ogni caso l'esame deve essere eseguito soltanto dopo aver ottenuto il **consenso informato scritto** dalla paziente.
4. Va tuttavia evidenziato che le dosi di radiazioni erogate dalle attuali apparecchiature radiologiche non sono tali da indurre lesioni ad organi o tessuti (cosiddetti "effetti deterministici") e la probabilità di effetti tardivi, soprattutto carcinogenetici (cosiddetti "effetti stocastici") è estremamente bassa.
5. La dose di radiazioni che verrà erogata durante l'esecuzione dell' esame CT CONE BEAM con l' apparecchio DENTSLPLY-SIRONA 90KV-10mA CBCT X-ray può variare fra i 200 ed i 760 mGy\*cm<sup>2</sup> circa, a seconda del volume irradiato e della tecnica scelta dal Medico per l' esecuzione dell' esame.

Da tal valore si ricava una dose efficace massima pari a circa 0,075 mSv (calcolata con simulazioni Montecarlo per radiologia diagnostica convenzionale PCXMC STUK Radiation and Nuclear Safety Authority – FINLAND) per un paziente adulto di circa 30 anni.  
 L' incidenza statistica percentuale di carcinoma associata all' assorbimento di tali valori di dose risulta pari a circa 0,00025% (2,5 casi su 1.000.000).  
 A titolo indicativo se una radiografia panoramica determina un assorbimento di dose pari a quello assorbito in 1-5 giorni per effetto delle radiazioni dovute al fondo naturale, la dose dovuta ad un esame Cone Beam CT è equivalente a quella assorbita in qualche settimana per effetto delle stesse radiazioni del fondo naturale.

PIACENZA li \_\_\_\_\_

Il Medico dentista

Firma del paziente o di chi fa le veci

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Informativa sulla privacy ai sensi dell' art. 13 d. lgs. 196/2003**

Il conferimento dei dati è facoltativo ma il rifiuto a fornirli potrebbe pregiudicare la parziale o totale esecuzione del contratto.

I dati da Lei forniti verranno trattati nella sede del trattamento: Sede

legale Via Trieste 1A – 29122 Piacenza

Responsabile del trattamento Dott. Giancarlo Sisti.

Il titolare del trattamento dei dati è IM.PARO srl responsabile legale Dott.ssa Maria Pia Mottola.

I dati da Lei forniti potranno essere trattati dai seguenti incaricati, collaboratori o soggetti esterni:

**Responsabile del trattamento: Competenza**

|                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| Dott. Angelo Sisti         | Incaricato               |
| Dott.ssa Maria Pia Mottola | Incaricata               |
| Dott. Arnaldo Manghi       | Incaricato               |
| Dott.ssa Sara Bernardelli  | Incaricata               |
| Dott.ssa Carmen Furfaro    | Incaricata               |
| Dott. Pasquale D'Amico     | Incaricato               |
| Lucia Cattivelli           | Amministrazione          |
| Daniela Campari            | Receptionist             |
| Carlotta Mora              | Assistente alla poltrona |

Il comma 2 dell'articolo 7 del D.Lgs 196/2003 Le conferisce il diritto di chiedere l'elenco aggiornato dei soggetti che possono venire a conoscenza dei dati trattati.

In qualità di Interessato in ogni momento potrà far valere tutti i diritti garantiti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003 nei confronti del Titolare del trattamento. In allegato è presente il dettaglio dell'articolo citato.

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Gentile paziente, la presente informativa Le viene consegnata in ottemperanza all'art.13 D.Lgs. 196/2003. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

- Elaborazione dei suoi dati clinici;
- Elaborazione dei preventivi di spesa per le cure mediche e l'assistenza sanitaria da noi prestata;
- Elaborazione della documentazione fiscale e contabile.

Il trattamento dei dati si svolgerà nel pieno rispetto delle libertà fondamentali senza ledere la Sua riservatezza e la Sua dignità, adottando sempre principi ispirati alla correttezza, liceità e trasparenza e per scopi non eccedenti rispetto alle finalità della raccolta. Per il trattamento dei Suoi dati verranno utilizzati strumenti sia elettronici che manuali adottando tutte le misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e l'integrità dei dati.

I dati trattati non verranno comunicati a soggetti privi di autorizzazione concessa dal Titolare o dal Responsabile, fatta salva la comunicazione o diffusione di dati richiesti, in conformità alla legge, da forze di polizia, dall'autorità giudiziaria, da organismi di informazione e sicurezza o da altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato, di prevenzione, accertamento o repressioni di reati.

Il trattamento potrà riguardare anche la tipologia dei dati cosiddetti "Sensibili", quei dati, cioè, idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti politici, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la via sessuale. Tale trattamento può essere autorizzato solo con il Suo consenso manifestato per iscritto.

**Consenso al trattamento dei dati personali**

Firmando la presente Lei dichiara di aver ricevuto l'informativa sulla Privacy, di averne preso visione e di autorizzare il Titolare al trattamento dei dati personali.

PIACENZA lì \_\_\_\_\_

Il Titolare del trattamento: \_\_\_\_\_ L'interessato: \_\_\_\_\_

Dott. Giancarlo Sisti

**Consenso al trattamento dei dati sensibili (art. 23, c. 4 – d.lgs 196/2003)**

Apponendo la firma in calce Lei esprime il Suo consenso al trattamento dei dati idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

PIACENZA lì \_\_\_\_\_

Il Titolare del trattamento: \_\_\_\_\_ L'interessato: \_\_\_\_\_

Dott. Giancarlo Sisti

**Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a. dell'origine dei dati personali
  - b. delle finalità e modalità del trattamento
  - c. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici
  - d. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2:
  - e. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati
  - b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati
  - c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta
  - b. al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Art. 4, comma1, lettera a) – D.Lgs 19/2003

**Trattamento:** qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati, anche se non registrati in una banca dati.

**CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in vista dell'intervento programmato, dichiara di essere stato/a esaurientemente informato/a sul tipo di anestesia e di sedazione cui verrò sottoposto/a e sulle relative tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali. Mi è stato spiegato che l'anestesia moderna è sicura, tuttavia essa, come accade in tutte le altre discipline mediche, non è esente da specialità chirurgiche odontoiatriche. Dichiaro di essere a conoscenza che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti complicanze:

Accetto che l'odontoiatra e/o il medico anestesista modifichino le tecniche concordate qualora dovessero ritenere necessario. Accetto che in occasione di interventi successivi e collegati all'attuale intervento potrò essere sottoposto ai medesimi trattamenti. Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di avere avuto risposte esaurienti.

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Firma del genitore o tutore \_\_\_\_\_

Firma dell'odontoiatra o anestesista (leggibile) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULL'INTERVENTO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di essere informato che dovrò essere accompagnato nella sede dell'intervento e da questa alla mia abitazione da persona sicura e consapevole il giorno dell'intervento.

Il giorno dell'intervento non dovrò assumere alcolici, né guidare l'automobile o altro mezzo di locomozione. Potrò muovermi liberamente nella mia abitazione. In caso di necessità potrò telefonare all'odontoiatra di guardia o all'odontoiatra o anestesista che mi hanno seguito durante l'intervento. Sono informato che potrò assumere paracetamolo (Efferalgan o Tachipirina) in caso di dolori. In caso di interventi successivi collegati a queslo attuale (connessione) può beneficiare o non beneficiare, qualora esprimessi un parere contratrio, di un trattamento tranquillante per via orale.

Osservazioni del paziente \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_