

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE**

Nome e Cognome _____ data di nascita _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	NEOFORMAZIONE MANDIBOLARE/MASCELLARE _____
Trattamento proposto:	BIOPSIA DI NEOFORMAZIONE MANDIBOLARE/MASCELLARE _____
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	All'esame obiettivo ed agli esami radiologici effettuati (rx ortopantomografia, TC dentascan, ecc) presento neoformazione mandibolare/mascellare _____ con caratteristiche clinico/radiologiche di non univoca interpretazione; all'anamnesi fornita al medico ho riferito la volontà di rimuovere la neoformazione, prevenire eventuali episodi infettivi e di crescita della neoformazione. Tipo di prestazione prevista: allestimento di lembo mucoperiosteo di accesso alla neoformazione mandibolare/mascellare; scheletrizzazione; prelievo bioptico di neoformazione ed invio del pezzo per esame istologico definitivo; lavaggi; accurata emostasi; sutura del lembo mucoperiosteo previo suo riposizionamento.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	In considerazioni delle caratteristiche clinico-radiologiche si pone indicazione a prelievo bioptico per poter programmare il corretto iter terapeutico-chirurgico all'arrivo del referto dell'esame istologico.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Possibili algie, edema ed ecchimosi, possibile intolleranza alla terapia antibiotica, ai punti di sutura, alla dieta necessariamente frullata e tiepida fino a completa guarigione, al divieto di fumare e bere alcolici.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	La non effettuazione dell'intervento comporterebbe il rischio di trattamento scorretto o non completo della patologia.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	Rischi specifici connessi all'intervento stesso quali: sanguinamenti, infezioni, deiscenze della ferita chirurgica, edema, ecchimosi, algie, intolleranza ai punti di sutura. Possibili complicanze quali: lesione elementi dentari limitrofi, parestesia/anestesia dei territori innervati dal nervo alveolare inferiore di ____ o dal nervo infraorbitario di ____, frattura mandibolare jatrogena anche a distanza dall'intervento, comunicazione oro-sinusale, del rischio di cicatrici patologiche, di inestetismi, della possibile necessità di re-intervento, anche maggiore.
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Esecuzione di intervento chirurgico senza diagnosi certa con rischio di trattamento scorretto/incompleto; follow-up clinico radiologico; cicli di antibioticoterapia; rischio di perdita degli elementi limitrofi; deformità mandibolari/mascellari e del volto; frattura patologica della mandibola/mascella; infezioni sistemiche.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	I medici dell'equipe della Struttura Complessa e delle Strutture Semplici.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
