

MO 20 CARTELLA ODONTOIATRICA

Nome _____ Cognome _____ data di nascita _____

luogo di nascita _____ età _____ codice fiscale _____ sesso M F peso _____ altezza _____

via _____ Città _____ tel _____

tel cell _____ tel ufficio _____ email _____

chi l'ha indirizzata presso il nostro studio? _____

Professione _____ stato di famiglia _____ nome del coniuge _____

Rimborsi privati (fasi ,fasdac, Focas, Assilt, Banca Popolare di Vicenza, Banca Intesa....) _____

Documentazione clinica consegnata allo studio SI NO (tac ,panoramica, esami del sangue ,ecc)

Informazioni ai sensi D.Lgs. 196/2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Acquisizione del consenso

Io sottoscritto/a _____ in qualità di interessato, dichiaro di aver ricevuto dallo Studio Dentistico Associato Vignato avente sede legale in contrà Torretti,52 di Vicenza C.F e P.IVA 02296870245, ampie informazioni e di aver preso coscienza dei contenuti dell'informativa esposta, fornite dal titolare ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e di prestare il consenso per le seguenti tipologie di trattamento:

Consenso al trattamento di dati personali

1.Consenso al trattamento dei dati personali secondo quanto indicato nell'informativa:

Do il consenso **nego il consenso**

2. Consenso al trattamento di dati personali a fini di invio di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e di comunicazioni commerciali inerenti l'attività odontoiatrica

Do il consenso **nego il consenso**

Consenso al trattamento di dati sensibili

3.Consenso al trattamento e comunicazione di dati sensibili secondo quanto indicato nell'informativa

Do il consenso **nego il consenso**

4.Consenso all'invio da parte dello studio Vignato di SMS (messaggio di testo telefonici) al mio telefono mobile (n. _____) in funzione di pro-memoria per le visite fissate programmate.

Vicenza, il _____ **Firma** _____

Diagnosi _____ intervento _____ PA (mm Hg) _____ Polso _____

Sede: sup. inf. Condizioni fisiche: A.S.A : 1 2 3 4 5

Ansia: MDAS _____ V.A.S. cm _____ (Ansia se MDAS>14 o VAS>5; Fobia se MDAS>18 o VAS > 7.5) Presedazione:CDDZ mg _____

Analgesia preventiva Piroxicam mg _____ Paracetamolo mg _____ Gastroprot. _____

VALUTAZIONE DELL'ANSIA ODONTOIATRICA

PUO' DIRE QUANTO LA SEDUTA ODONTOIATRICA LA RENDE ANSIOSO? (Per favore lo indichi con una X nella casella appropriata)

1. Se dovesse andare dal suo dentista DOMANI PER UN TRATTAMENTO, come si sentirebbe?

Non ansioso lievemente ansioso discretamente ansioso molto ansioso estremamente ansioso

2. Se fosse seduto in SALA D'ATTESA (aspettando il trattamento da fare), come si sentirebbe?

Non ansioso lievemente ansioso discretamente ansioso molto ansioso estremamente ansioso

3. Se stessero per TRAPANARLE UN DENTE, come si sentirebbe?

Non ansioso lievemente ansioso discretamente ansioso molto ansioso estremamente ansioso

4. Se stessero per RASCHIARLE E LEVIGARLE I DENTI, come si sentirebbe?

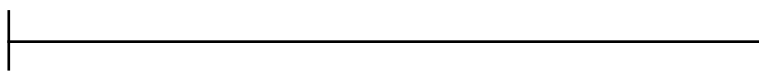
Non ansioso lievemente ansioso discretamente ansioso molto ansioso estremamente ansioso

5. Se stessero per farle L'INIEZIONE DI ANESTETICO LOCALE sulla gengiva in corrispondenza di un dente superiore posteriore, come si sentirebbe?

Non ansioso lievemente ansioso discretamente ansioso molto ansioso estremamente ansioso

ANALOGO VISIVO

NESSUNA
ANSIA



MASSIMA
ANSIA POSSIBILE

Betametasone mg _____ Triamcinolone mg _____

Fluidi _____

Operatore _____ sedazionista _____ data _____

INDUZIONE ANSIOLISI ENDOVENOSA

FARMACI	PREINDUZIONE	I^DOSE	II^DOSE	III^DOSE	IV^DOSE	V^DOSE	VI^DOSE	VII^DOSE	VIII^DOSE
VAS TRANQUILLITA'									
DIAZEPAM(MG)									
MIDAZOLAM (MG)									
ORA									

Note _____

ANAMNESI MEDICA

1. Accusa dolore o qualche disagio psicologico in questo momento? SI NO
2. Si sente un po' teso, nervoso, ansioso quando deve andare o si trova dal dentista? SI NO
3. Ricorda di aver sperimentato qualche esperienza negativa in un ambulatorio odontoiatrico? SI NO
4. E' stato ricoverato in ospedale negli ultimi due anni? SI NO
5. E' stato sottoposto a qualche cura medica prolungata negli ultimi due anni? SI NO
6. Ha assunto episodicamente qualche farmaco o sostanza negli ultimi due anni? SI NO
7. E' allergico (ovvero ha accusato raches cutanei, prurito, gonfiore alle mani, piedi o occhi) o è sensibile alla penicillina, aspirina, codeina, antibiotici o a qualche altro farmaco? Se si quale? _____ SI NO
8. Ha accusato sanguinamento prolungato o eccessivo tale da richiedere uno specifico trattamento? SI NO
9. Sottolinei le condizioni o le malattie di cui è stato o è affetto o le terapie alle quali è stato o è attualmente sottoposto:

M. Cardiovascolari

- Ipertensione
- Insufficienza cardiaca
- Angina pectoris
- Infarto miocardico
- Fibrillazione atriale
- Altre aritmie
- Portatore pacemaker
- Soffi cardiaci
- Valvulopatia cardiaca
- Interventi al cuore
- M. congenite cardiache
- Febbre reumatica
- Febbre da scarlattina
- Anemia
- T. anticoagulante orale

M. Neurologiche

- Epilessia e convulsioni
- Ansia
- Depressione
- Disturbi psichiatrici
- Miastenia
- Ictus cerebrale
- M. Respiratorie
- Asma
- Tosse
- Enfisema
- M. Allergologiche
- Febbre da fieno
- M. dei seni nasali
- Orticaria
- Angioedema ereditario

M. Infettive

- Epatite A
- Epatite B
- Epatite C
- Tubercolosi
- AIDS
- Sifilide
- Gonorrea
- M. Ematologiche
- Emofilia
- M. di von Willebrand
- Anemia microcitica
- Anemia falciforme
- Disturbi coagulazione
- Pregresse trasfusioni

Altre malattie

- Diabete
- Esofagite da reflusso
- Gastrite
- Ulcera gastrica
- Patologia renale
- Ipotiroidismo
- Iperitroidismo
- Tumori
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Insufficienza epatica
- Cirrosi
- Dolori alla faccia
- Trapianto d'organo

10. E' affetto da qualche malattia, condizione o problema che non risultano in questo questionario? Se si, quali? _____

11. Quando cammina o sale le scale deve fermarsi di frequente perché accusa dolore al torace, aumento della frequenza respiratoria o facile affaticamento? SI NO

12. Accusa gonfiore alla caviglia durante il giorno? SI NO

13. Deve usare più di due cuscini per dormire? SI NO

14. Ha acquistato o perso più di 3 Kg nell'ultimo anno? SI NO

15. Si sveglia talvolta facendo fatica a respirare? SI NO

16. Si sottopone a qualche specifica dieta? SI NO

17. Per le donne: E' in stato di gravidanza? SI NO

18. Si sottopone a qualche procedura per il controllo delle nascite? SI NO

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

Firma _____ data _____

FARMACI ASSUNTI DAL PAZIENTE

NOME COMMERCIALE	PRINCIPIO ATTIVO	POSSIBILI INTERFERENZE

NOTE:

CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA

Io sottoscritto/a _____ in vista dell'intervento programmato, dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a sul tipo di anestesia e di sedazione cui verro' 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 complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza.

Dichiaro di essere a conoscenza che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti complicanze _____

Accetto che l'odontoiatra e/o 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.

Osservazioni del paziente _____

Firma del paziente _____ Firma del genitore o tutore _____

Firma dell'odontoiatra o anestesista (leggibile) _____ Data _____

INFORMAZIONE SULL'INTERVENTO

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato 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 all'odontoiatra o anestesista che mi hanno seguito durante l'intervento. Sono informato che potrò assumere paracetamolo (Efferalgan o Tachipirina) in caso di dolori.

Osservazioni del paziente _____

Firma del paziente _____ Data _____

