

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO A INTERVENTI  
ODONTOIATRICI IN PAZIENTI CHE ASSUMONO/HANNO ASSUNTO BISFOSFONATI**

Sig./Sig.ra..... nato/a a.....  
il ....., residente a .....  
Via/Piazza.....

Assume/ ha assunto bisfosfonati per (barrare la casella corretta):

- Patologia neoplastica
- Prevenzione / cura dell'osteoporosi

Da (indicare il numero):

- Mesi .....
- Anni .....
- Con continuità a partire dalla data ...../...../.....

A cicli di .....

Nome commerciale: .....

Dosaggio: .....

Modalità di somministrazione:

- Endovenosa
- Orale
- Intramuscolo

Medico curante dott. ...., specialista in .....

Struttura di riferimento: .....

**NOTE INFORMATIVE**

I Bisfosfonati (es. Zoledronato, Ibandronato, Risedronato, Alendronato, Pamidronato, Etidronato, ecc) e il denosumab (prolia, Xgeva) sono comunemente utilizzati in medicina per curare varie patologie, come per esempio alcuni tipi di neoplasia e l'osteoporosi.

Recenti rilievi clinici fanno ritenere che, in alcuni casi, l'utilizzo di questi farmaci sia responsabile, attraverso meccanismi ancora non chiari, di problemi di guarigione da parte delle ossa, in particolar modo delle ossa mascellari. Queste ultime, in una piccola percentuale di casi, in modo spontaneo o, più spesso, in seguito a traumi di vario genere (come in caso di interventi di chirurgia orale), possono non raggiungere la completa guarigione o andare incontro a osteonecrosi. Tali eventi, al momento imprevedibili, comportano disagi per il paziente e possono risultare di difficile risoluzione.

Questo rischio, nei pazienti sottoposti terapia con bisfosfonati, si può sovrapporre al comune rischio legato all'intervento odontoiatrico (come illustrato verbalmente). Allo stato attuale è possibile effettuare solo trattamenti di monitoraggio e copertura antibiotica, come da allegato protocollo e prescrizione specifica, che il paziente si impegna a seguire scrupolosamente.

## INTERVENTO ODONTOIATRICO

Intervento: .....

.....

.....

Ulteriori informazioni fornite su richiesta del paziente: .....

.....

.....

.....

.....

Comportamento a domicilio e prescrizioni terapeutiche: .....

.....

.....

.....

Controllo tra ..... giorni.

Io sottoscritto/a..... dichiaro che il presente modulo fa seguito ad esauriente processo informativo verbale. , durante il quale sono stato dettagliatamente informato dal dott. .... sullo scopo, la natura, i rischi, le complicanze e le alternative terapeutiche al predetto intervento. Avendo compreso pienamente quanto illustratomi, presto consenso all'esecuzione dell'intervento in oggetto, dichiarandomi altresì disposto a seguire le indicazioni e le prescrizioni terapeutiche e a seguire scrupolosamente a domicilio i consigli terapeutici dell'operatore, consapevole che un comportamento contrario potrebbe nuocere gravemente al mio stato di salute.

Bologna, ...../...../.....

Firma del Paziente (o del Tutore /Legale Rappresentante/Amministratore di sostegno)

.....

Firma dell'Odontoiatra

.....

Firma del Testimone (eventuale)

.....