

**Per pazienti minorenni**

Cognome e Nome del Minorenne.....

Luogo e data di nascita.....

Indirizzo .....C.A.P.....Comune.....Prov.....

Codice Fiscale.....Tel. Casa.....

Cognome e Nome Mamma.....Tel Mamma.....

Cognome e Nome Papà.....Tel.papà.....

Dati Tutore se diverso da entrambi i genitori.....Tel.Tutore.....

Pediatra Curante.....Tel.....

**INTESTATARIO DEI DOCUMENTI E DELLE FATTURE se diverso dal paziente minorenne**

Cognome e Nome.....

Codice fiscale.....

Luogo e data di nascita.....e-mail.....

Indirizzo (se diverso).....C.A.P.....Comune.....Prov.....

1. Qual è il suo stato di salute generale? .....
2. Ha subito interventi o ricoveri ospedalieri nella sua vita?.....
3. Quando e per quale motivo?.....
4. Deve assumere regolarmente dei farmaci?.....Perchè?.....Quali?.....
5. Soffre di allergie a farmaci o ad altre sostanze?.....Quali?.....
6. Ha mai sofferto di epilessia?.....Di emorragie?.....
7. È mai svenuto?.....Ha già avuto il menarca/lo spermarca?.....Quando?.....
8. Il motivo di questa visita è il controllo periodico della sua bocca? .....
9. Ha attualmente un problema specifico? .....Se sì, quale?.....
10. La sua ultima visita odontoiatrica risale a  mai, è la prima volta  
sei mesi fa  un anno fa  più di un anno fa
11. Il suo ultimo esame radiografico dentale è stato effettuato  mai,  
sei mesi fa  un anno fa  più di un anno fa
12. Tale esame radiografico era parziale  totale
13. Ha mai subito traumi alla faccia o ai denti? .....Quando?.....
14. Fa sport o altre attività extra-scolastica? .....quali?.....
15. Le sanguinano le gengive durante il sonno? .....E quando spazzola i denti?.....
16. Ha mai notato alito pesante? ..... Ha mai notato cattivo gusto in bocca?.....
17. Ha mai fatto una visita con l'osteopata?.....Con il logopedista?.....
18. Ha perso dei denti?.....Quali?..... Ha mai notato cambiamento di colore nelle gengive?.....
19. Ha mai notato tumefazioni o ulcerazioni all'interno della bocca?.....
20. Ha mai avuto gravi mal di denti?.....
21. I suoi denti sono sensibili?..... A che cosa?  
caldo  freddo  dolce  acido
22. Si è mai accorto di digrignare i denti durante il sonno? .....e di russare?.....
23. Ha qualche vizio (ciuccio, biberon, succhiare il dito o la penna, mordersi il labbro, mangiare le unghie, ecc.)

concernente la bocca?.....Quale?.....

24. Ha mai sofferto di incubi notturni?.....Di enuresi?.....
25. Ha mai avuto problemi con tonsille e adenoidi? .....Usa fare lavaggi nasali?.....
26. Ha portato o porta apparecchi ortodontici?.....Da che età?..... Per quanto tempo?.....
27. Ha mai dolore all'orecchio o intorno ad esso?..... Soffre o ha sofferto di otite?.....
28. Aprendo e chiudendo la bocca, sente un "click"? .....
29. Ha mai avuto difficoltà nell'aprire la bocca?.....
30. Può spostare la mandibola in tutte le direzioni? .....
31. É soggetto spesso all'herpes labialis (febbre al labbro)?.....
32. Dopo le cure dentistiche? .....
33. Spazzola regolarmente i suoi denti? .....Quando?.....A scuola?.....
34. Usa uno spazzolino  elettrico  manuale  iDi nylon  di setola naturale   
duro  medio  morbido
35. Che cosa prende a colazione?.....
36. Che cosa prende a merenda?.....
37. Mangia o beve regolarmente questi cibi e bevande?  
coca cola, aranciata, ecc.  vegetali  frutta   
carne, pesce  frullati  latte e prodotti caseari  uova   
dolci  caramelle  chewing gum  miele  cioccolata   
altro.....
38. Si considera particolarmente pauroso? .....
39. Ha avuto qualche esperienza dal dentista che l'ha spaventata?.....  
Quando? .....Descriva.....
40. Qualche suo parente o amico è già stato curato in questo studio? ..... Chi ? .....
41. Ha qualche segnalazione particolare da fare prima della visita?.....

### Esame radiologico con apparecchiatura odontoiatrica endorale Regime di radiologia complementare

Zona da sottoporre ad esame \_\_\_\_\_ Precedenti esami \_\_\_\_\_

**il rischio** - Premesso che ogni esame radiologico implica un indice di rischio e che lo stesso accade per ogni attività umana, va chiarito che l'esame radiologico endorale comporta una dose di radiazioni inferiore a quella assorbita con differenti esami odontoiatrici a raggi X. Per questo esame si stima che la **dose efficace sia compresa tra 10 e 50 microSv**. Inoltre durante l'esame il corpo del paziente verrà protetto da un grembiule anti x per ridurre al minimo la dose agli altri organi. In ogni caso il contributo di dose all'addome (ed in particolare all'utero) durante l'esame RX endorale è nullo.

**La giustificazione** - L'esame radiologico consentirà all'odontoiatra di stabilire un piano terapeutico con tutte le informazioni necessarie a ridurre al minimo la possibilità di errori nel piano clinico di trattamento *esame a scopo diagnostico*. Pertanto il rapporto tra rischi e benefici è valutato dall'odontoiatra sufficientemente basso da giustificare l'adozione dell'esame nel suo caso clinico.

**L'ottimizzazione** - La singola esposizione in oggetto è effettuata sotto la responsabilità e lo stretto controllo dello specialista il quale decide le varianti nella conduzione dell'esame. Egli valuta con attenzione i parametri di erogazione che è possibile variare: i tempi da utilizzare e il volume da esaminare, scegliendo per questi parametri i valori più bassi compatibili con le necessità dell'indagine, e tenendo conto dell'età del paziente, della sua dimensione corporea e della necessità diagnostica. In tal modo la pratica può considerarsi anche individualmente ottimizzata. **I controlli periodici della qualità** - Periodicamente nell'ambito del programma di garanzia della qualità sono predisposti i controlli della qualità dell'apparecchiatura **La complementarità dell'esame** - L'esecuzione dell'esame ha le caratteristiche di contestualità con la pratica primaria odontoiatrica, di integrazione nella pratica stessa, nonché di indilazionabilità rispetto ad essa. Ciò al fine del rispetto della complementarità della pratica radiologica, per cui la Legge non richiede la figura dello specialista in radiologia. **La formazione del personale** - Il personale dello studio è adeguatamente informato/formato. **L'archiviazione dell'esame** - Le immagini digitali che costituiscono l'esame sono archiviate per la durata di 5 anni presso lo studio. Al paziente viene consegnata l'iconografia completa dell'esame per suo eventuale utilizzo futuro.

**Il consenso informato** - Il consenso scritto all'esecuzione di esami RX endorali è previsto espressamente dalla normativa vigente. Il presente consenso viene redatto in duplice copia, una delle quali viene rilasciata al paziente per ricevuta e l'altra viene archiviata presso lo studio per la durata di 5 anni.

Dichiaro di essere stato informato sui trattamenti a cui sarò sottoposto e di essere consapevole dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare ed essere connessi a tali trattamenti, nonostante le tecniche siano sicure, ampiamente sperimentate e largamente praticate nella professione odontoiatrica; tali pratiche, tuttavia, come accade per tutte le discipline mediche, non sono esenti da un certo margine di rischio anche se attuate con perizia, prudenza e diligenza.

Presto, pertanto, il mio consenso alla terapia che mi è stata spiegata e illustrata.

Il corrispettivo per l'opera del medico e per i materiali occorrenti potrà essere convenuto previamente mediante richiesta di un preventivo, valido per tre mesi, in mancanza del quale, dichiaro di accettare le tariffe dello studio.

DATA.....

Firma del Tutore.....

Firma del Paziente.....