

## Consenso *Sigillatura*

---

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Le ricordiamo che una copia del documento è disponibile sul sito [www.sanpieroodontoiatria.it](http://www.sanpieroodontoiatria.it). Il suddetto documento è consultabile in qualunque momento nella sezione "CONSENSI".

### **Che cos'è, a cosa serve e perché si fa?**

Gentile Paziente, in seguito a visita specialistica e considerando la Sua età si consiglia la sigillatura dei solchi e delle fossette dei denti permanenti.

La sigillatura dei solchi e delle fossette è una metodica di prevenzione della carie dentale che prevede l'applicazione di resine sigillanti a livello dei solchi occlusali dei molari permanenti e delle fessure anatomiche di tutti i denti permanenti.

La sigillatura è indicata in età pediatrica e la sua efficacia risulta maggiore se viene eseguita subito dopo la completa eruzione dell'elemento dentario, poiché in questa fase la mineralizzazione del dente non è completa ed esso risulta più suscettibile alla lesione cariosa.

Le figure professionali che eseguono la sigillatura dei solchi sono l'odontoiatra e l'igienista dentale.

### **Come si esegue?**

La sigillatura dei solchi e delle fossette degli elementi dentali permanenti non necessita di utilizzo di anestesia locale. Si procede dapprima con la pulizia dell'elemento dentario mediante l'utilizzo di coppette montate su strumenti rotanti e l'uso di paste per profilassi. Successivamente si procede all'applicazione di acido ortofosforico in siringa nella zona corrispondente ai solchi e alle fossette: l'applicazione dell'acido ha la funzione di favorire la ritenzione chimica della resina sigillante e quindi l'adesione della resina stessa.

Una volta preparata la superficie del dente, si applica la resina sigillante all'interno dei solchi e a livello delle fossette degli elementi dentali in modo da chiuderli. A questo punto segue la fase di polimerizzazione mediante lampada a raggi ultravioletti il cui utilizzo non comporta danni all'elemento dentale e favorisce il rapido indurimento della resina sigillante.

L'applicazione della resina sigillante non comporta disagi per quanto riguarda l'occlusione, favorisce una migliore detersione dei denti e impedisce la deposizione a livello di questi ultimi della placca batterica, la cui presenza e permanenza è determinante per la formazione della carie.

### **Quali possono essere i rischi e le complicanze?**

La durata media di un trattamento di sigillatura è di circa 2 anni, ma è condizionata dalle abitudini alimentari e/o comportamentali del bambino e per questo deve essere controllato periodicamente mediante visite di controllo.

È bene specificare che la sigillatura non è un trattamento unico e definitivo, ma rientra in una serie di misure profilattiche volte a ridurre l'insorgenza di lesioni cariose.

### **Quali sono le conseguenze della mancata sottoposizione al trattamento sanitario consigliato?**

Non sottoporre gli elementi dentari al trattamento di sigillatura mediante resine sigillanti aumenta la probabilità di presentare lesioni cariose nel tempo.

### **Dopo il trattamento**

Il bambino, con la necessaria supervisione dell'adulto che esercita la patria potestà, si deve attenere alle indicazioni di comportamento post-trattamento rilasciate verbalmente o per iscritto dal medico o dall'igienista che ha eseguito le sigillature.

Si ricorda quindi la necessità di effettuare le visite di controllo consigliate e di comunicare tempestivamente qualsiasi anomalia venisse riscontrata nei giorni successivi al trattamento.

Io sottoscritto/a,

Residente in  
Codice fiscale

DICHIARO

- Di aver letto la sezione informativa e di aver avuto l'opportunità di chiedere ulteriori informazioni al medico
- Di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, le finalità e gli eventuali rischi dell'esame e le complicanze che ne possono derivare
- Di essere stato informato delle conseguenze a cui mi esporrei non sottoponendomi all'intervento consigliatomi
- Di essere stato informato che in ogni momento posso revocare il consenso. Pertanto, **acconsento** a sottopormi alla procedura.

---

Firma del Paziente (o Legale Rappresentante)