

COGNOME _____ NOME _____

I) SERVIZI ODONTOIATRICI EROGATI (Classificazione Internazionale ICD-10)
SERVIZI ODONTOIATRICI DA EFFETTUARE A BREVE TERMINE / MAX ENTRO 12 MESI
SERVIZI ODONTOIATRICI DA EFFETTUARE A MEDIO TERMINE / MAX ENTRO 24 MESI

Accettazione	Pacchetto Diagnostico	▽ I ○ II □ III	89.07	Chirurgia	○ Estrattiva con pinza	23.0	
Igiene e Prevenzione Orale			96.54		○ Estrattiva chirurgica	23.1	
Odont. Conservativa	○ Rest. Diretta/Otturazioni		23.2		○ Radicolare / Apicectomia	23.7	
	○ Rest. Indiretta/Intarsi		23.3		○ Chir. Escissionale / Demolitiva / Ricostruttiva	27	
Endodonzia			23.7		○ Innesti Autologhi (osso autogeno)		
					○ Innesti Eterologhi (biomateriali)		
Ortognatodonzia	○ Disp. Ortoped./Miofunz./Ortod. Mobili		24.701		○ Impianti senza aum. di cresta orizz./vert.	23.6	
	○ Dispositivi Ortodontici Fissi		24.702	Implantologia	○ Impianti con aum. di cresta / sinuslift	23.6	
Gnatologia			24.8		Parodontologia	○ Mucogengivale	24.2
Protesi	○ Dispositivi Prot. Rimovibili		23.43		○ Osseo Resettiva	24.5	
	○ Dispositivi Prot. Fissi		23.42		○ Rigenerativa	24.3	
Implantoprotesi	○ Disp. Prot. Combinati / Overdentures		23.49				

II) EVENTI AVVERSI O COMPLICANZE RILEVATE IN CORSO CURA

- ▲ Z.88 Allergie a farmaci / medic.
- ▲ Z.88.0 Allergie a penicillina
- ▲ Z.88.1 Allergia ad altri antibiotici
- ▲ T.88.2 Shock da anestesia
- ▲ Z.88.4 Allergie a Anestetici
- ▲ Z.88.6 Allergie a Analgesici
- ▲ T.88.7 Effetto avverso a farmaci
- ▲ Reazioni anomale
- ▲ Infortuni intra/post operatori
- ▲ Lesioni/menom./danni biologici
- ▲ Emergenze

III) VALUTAZIONE ESITI E POSTUMI RILEVATI IN DIMISSIONE

- Guarigione
- Miglioramento
- ▲ Stabilizzazione
- Postumi Assenti
- Postumi Presenti Non Significativi
- ▲ Postumi Presenti Significativi
- ▲ Riserva di Prognosi Odontoiatrica

IV) PIANO QUINQUENNALE DI PROTEZIONE INDIVIDUALE CONCORDATO

La complessità/ invasività delle cure eseguite e l'entità dei problemi medici e odontoiatrici rilevati collocano il Paziente nel Piano di Protezione sotto indicato

- 1 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE SEMPLICE (visite di controllo semestrali)
- 2 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE COMPLESSA (visite di controllo quadrimestrali)
- 3 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE MOLTO COMPLESSA (visite di controllo trimestrali)

**PRESCRIZIONI IN DIMISSIONE
E PIANO QUINQUENNALE DI PROTEZIONE INDIVIDUALE CONCORDATO**

Io sottoscritto/a Paziente, in programma di dimissione da parte di questo Ambulatorio Odontoiatrico, avendo ricevuto in modo chiaro e a me comprensibile da parte del Sanitario le informazioni per la continuità assistenziale post dimissione necessaria al mio caso specifico,

dichiaro che ho ben compreso e sono consapevole che

1. in visita di dimissione mi sono stati indicati dal Sanitario i tempi stimati, nel mio caso, per la efficacia e la durata nel tempo delle cure odontoiatriche, delle riabilitazioni ortodontiche, protesiche e implantoprotesiche che ho ricevuto, nonché il tempo stimato per il mantenimento dell'efficacia e della durata dei dispositivi medici utilizzati nel mio caso dei quali ho ricevuto copia conforme alla Direttiva 93/42/ CEE (D.Lgs n. 46/97 e 2007/47/CEE, D.Lgs n. 37/2010)
2. gli studi scientifici concordano sul fatto che il successo e il mantenimento a lungo termine delle cure e delle riabilitazioni odontoiatriche (ortognatodontiche, protesiche e implantoprotesiche) è strettamente dipendente da un rigoroso e costante programma di protezione successivo alla dimissione del paziente e che tale programma di protezione consiste in visite di controllo programmate nel corso delle quali potrebbero essere necessari esami rxgrafici complementari, sedute di igiene e prevenzione dentale, pulizia e manutenzione dei dispositivi medici protesici, altre eventuali prestazioni odontoiatriche.
3. nell'ambito del progetto di "Alleanza Terapeutica Medico-Paziente", a garanzia dell'efficacia e della durata nel tempo delle prestazioni odontoiatriche eseguite e dei dispositivi medici applicati, questo Ambulatorio si impegna per i cinque anni successivi alla data di sottoscrizione del presente referto, per tutto il periodo in cui mi sottoporro diligentemente alle visite di controllo programmate, alle sedute di igiene dentale e pulizia e manutenzione dei dispositivi medici secondo la cadenza periodica personalizzata per le mie esigenze, ad addebitarmi esclusivamente, nel caso si renda necessario, i soli costi dei rifacimenti e delle riparazioni o sostituzioni dei dispositivi medici protesici e implantoprotesici in tutti i casi che le cause non siano a me imputabili.
4. nei casi di rifacimenti, riparazioni o sostituzioni imputabili a cause sopravvenute per malattie mediche o odontoiatriche successive alla mia dimissione questo Ambulatorio si impegna ad applicare tariffe scontate del 10% sul Nomenclatore Tariffario a me applicabile
5. è mio dovere informare questo ambulatorio di ogni problema odontoiatrico occorsomi dopo la dimissione restando inteso che non rimane a carico di questo Ambulatorio l'obbligo di contattarmi dopo la mia dimissione per fissare di volta in volta le visite di controllo programmate
6. nel caso dovessi rivolgermi ad altri Studi/Ambulatori Odontoiatrici per urgenze o mie necessità, dovrò preavvertire questo Ambulatorio allo scopo di ricevere la documentazione necessaria (Rxgrafie, cartella clinica ecc.) per potermi garantire una migliore assistenza prima di ricevere qualsiasi tipologia di prestazione da parte di altri sanitari quale, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, interventi su cure odontoiatriche, riabilitazioni ortognatodontiche, riabilitazioni protesiche e/o implantoprotesiche da me eseguite presso questo Ambulatorio
7. in questo Referto in Dimissione è sopra contrassegnato il "Piano quinquennale di protezione individuale concordato" concordato con questo Ambulatorio: faranno fede del rispetto da parte mia di tale Piano le ricevute sanitarie rilasciate da questo Ambulatorio relative alle visite e igiene programmate

SOS - SISTEMATICA ODONTOIATRICA STANDARDIZZATA						
SIMBOLO VALORE/SCORE	CODICE	RISCHIO	STATO SALUTE	PROBLEMA	SOLUZIONE	PRESTAZIONE
3 ▲ PERICOLO	NERO E GIALLO	MOLTO ALTO	COMPLICATO O COMPLICABILE	MEDICO E ODONTOIATRICO (COMPLESSO)	MEDICO ASSISTITA (COMPLESSA)	MOLTO RISCHIOSA INVASIVA
2 ▽ OBBLIGO E PRECEDENZA	R ROSSO	ALTO	MOLTO INSTABILE	ATTIVO E INDIFFERIBILE (PIU' URGENTE)	APPROCCIO LIMITATO (A BREVE TERMINE)	RISCHIOSA E/O INVASIVA
1 ○ OBBLIGO	G GIALLO	MEDIO	INSTABILE	ATTIVO MA DIFFERIBILE (MENO URGENTE)	APPROCCIO PARZIALE (A MEDIO TERMINE)	COMPLESSA O INVASIVA
0 □ UTILITÀ	V VERDE	BASSO	STABILE	INATTIVO E DIFFERIBILE (NON URGENTE)	APPROCCIO GLOBALE (A LUNGO TERMINE)	SEMPLICE O SEMINVASIVA

ALTRE NOTE O AVVERTIMENTI O PRESCRIZIONI

Per presa visione e accettazione