

"NON SARAI PIU' SOLO"

**"COMPLICANZE NELLA CHIRURGIA ORALE ED
IMPLANTARE"**

*Per poter dare una risposta occorre compilare il form in ogni sua
parte*

ed inviarlo e-mail ai seguenti indirizzi :

info@tiziano-testori.it

info@cornelini.it

*che risponderanno entro 48 h e potranno essere richieste ulteriori
informazioni*

**In caso di particolare urgenza contattare il
Presidente SICOI**

NOME e COGNOME PZ: _____

ETA' ANAGRAFICA : _____

- ASA 1 (*completamente sano*)
- ASA 2 (*con patologie sistemiche compensate*)

• **ANAMNESI**

• **INDAGINI PRE-OPERATORIE ESEGUITE**

- Esami ematochimici

NO

SI

- Esami radiografici

RX

OPT

TC

TC estesa al COM

NESSUNA

• **PROFILASSI PRE-OPERATORIA**

NO

SI

Se sì, specificare tipo di farmaco e posologia

• **TERAPIA POST-OPERATORIA**

NO

SI

Se sì, specificare tipo di farmaco e posologia

COMPLICANZA

DATA INTERVENTO : _____

DATA INSORGENZE COMPLICANZA : _____

DESCRIZIONE :

SINTOMATOLOGIA :

PROCEDURE INSTAURATE :

• **ANTIBIOTICOTERAPIA**

NO

SI

Se sì, specificare tipo e posologia

• **REINTERVENTO CHIRURGICO**

NO

SI

Se sì, specificare

Quesito specifico da porre alla Task Force SICOI per la gestione delle complicanze :
