



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
**Azienda Sanitaria Locale “Città di Torino”**  
Costituuta con D.P.G.R. 13/12/2016 n.94  
Cod. fiscale/P.I. 11632570013  
Sede Legale: Via San Secondo, 29 - 10128 Torino  
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

S.C. ODONTOSTOMATOLOGIA. Dr. M. Giordano

INFORMATIVA

AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 79 DEL D.LGS. 30.06.2003, N. 196 E S.M.I. E DELL'ART. 13 DEL GDPR N. 2016/679 DEL 27.04.2016

I DATI PERSONALI, SENSIBILI E GIUDIZIARI (\*) CONFERITI A QUESTA STRUTTURA SONO TRATTATI ESCLUSIVAMENTE PER FINALITÀ SITUAZIONALI (PREVENZIONE, CURA, E RIABILITAZIONE) DELLA S.C. OCULISTICA 2 PRESIDIO OFTALMICO PER FINALITÀ AMMINISTRATIVE CORRELATE.

(\*) TIPOLOGIA DEI DATI

- **PERSONALI:** QUALI AD ESEMPIO DATI ANAGRAFICI, DOMICILIO, RESIDENZA, CODICE FISCALE, IBAN, STATO CIVILE, PROFESSIONE, RECAPITO TELEFONICO, INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA PERSONALE;
- **SENSIBILI:** QUALI AD ESEMPIO DATI SANITARI, STATO DI SALUTE, STILE DI VITA, ORIENTAMENTO SESSUALE, ETNIA, RELIGIONE, ADESIONE A PARTITI POLITICI E A SINDACATI;
- **GIUDIZIARI**

IL CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI È OBBLIGATORIO PER POTER EFFETTUARE LE PRESTAZIONI RICHIESTE E/O NECESSARIE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA-ASSISTENZIALE. DATI INCOMPLETI O MANCANTI POSSONO COMPORTARE ALTA POSSIBILITÀ DI ERRORE, CON CONSEGUENTI DANNI PER L'UTENTE, NONCHÉ L'IMPOSSIBILITÀ DA PARTE DEL PERSONALE ADDETTO DI GESTIRE L'ATTIVITÀ A CUI È PREPOSTO.

IL MANCATO CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI, CON L'ECCEZIONE DEI TRATTAMENTI URGENTI E QUELLI DISPOSTI DA AUTORITÀ PUBBLICA (SINDACO, AUTORITÀ GIUDIZIARIA, ECC.) COMPORTA L'IMPOSSIBILITÀ DI EROGARE LA PRESTAZIONE SANITARIA.

I TRATTAMENTI DEI DATI SONO EFFETTUATI DA PERSONALE AUTORIZZATO: TUTTI GLI OPERATORI SONO TENUTI AL RISPETTO DELLA NORMATIVA DI LEGGE PER QUANTO ATTIENE LA RISERVATEZZA DEI DATI TRATTATI.

I DATI SARANNO CONSERVATI PER IL TEMPO NECESSARIO PREVISTO DALLE VIGENTI NORME DI LEGGE E REGOLAMENTARI.

I DATI SONO TRATTATI CON STRUMENTI SIA CARTACEI CHE ELETTRONICI NEL RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE REGOLE CONCERNENTI LE MISURE ADEGUATE DI SICUREZZA PER EVITARE RISCHI DI PERDITA, DISTRUZIONE O ACCESSO NON AUTORIZZATO.

I DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO POSSONO ESSERE OGGETTO DI COMUNICAZIONE PER LE FINALITÀ ISTITUZIONALI E NEI LIMITI CONSENTITI DALLA NORMATIVA. I DATI FORNITI POTRANNO ESSERE COMUNICATI NELLE SOLE PARTI ESSENZIALI, PER OTTEMPERARE AD OBBLIGHI E FINALITÀ AMMINISTRATIVE, ISPETTIVE, INVESTIGATIVE, E/O DI LEGGE DEGLI ORGANISMI PREPOSTI (ENTI DEL SSN, ENTI PREVIDENZIALI, DATORE DI LAVORO DELL'INTERESSATO, ORGANI DI VIGILANZA IN MATERIA SANITARIA, AUTORITÀ GIUDIZIARIA, ECC.) ED ALTRI ENTI/SOCIETÀ/ASSOCIAZIONI AUTORIZZATE AL TRATTAMENTO DATI.

I DATI PERSONALI RACCOLTI POTRANNO ESSERE TRATTATI, PREVIO CONSENSO SPECIFICO DELL'INTERESSATO, ANCHE PER FINALITÀ DI FORMAZIONE, STUDIO E RICERCA SCIENTIFICA DA PARTE DEL PERSONALE DELL'AZIENDA E DEGLI STUDENTI AUTORIZZATI, I RISULTATI DI STUDI E RICERCHE SARANNO DIFFUSI SOLTANTO ASSICURANDO L'ANONIMATO DEGLI INTERESSATI.

QUEST'ULTIMO CONSENSO NON È OBBLIGATORIO PER OTTENERE L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA E PUÒ ESSERE REVOCATO IN QUALSIASI MOMENTO (VEDERE MODELLO RACCOLTA CONSENSO).

GLI INTERESSATI POSSONO ESERCITARE, CON LE LIMITAZIONI PREVISTE DALL'ART. 23 E NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA NAZIONALE VIGENTE, I DIRITTI PREVISTI DAGLI ARTT. DA 15 A 22 DEL GDPR 2016/679:

DIRITTO DI ACCESSO (ART. 15), DIRITTO DI RETTIFICA (ART.16), DIRITTO ALLA CANCELLAZIONE (ART. 17), DIRITTO DI LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO (ART. 18), DIRITTO CONNESSO ALL'OBBLIGO DEL TITOLARE DI NOTIFICA IN CASO DI RETTIFICA O CANCELLAZIONE DEI DATI PERSONALI O LIMITAZIONI DI TRATTAMENTO (ART.19), DIRITTO ALL'APPORTABILITÀ DEI DATI (ART.20), DIRITTO DI OPPOSIZIONE (ART.21), DIRITTO CONNESSO CON IL PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO RELATIVO ALLE PERSONE FISICHE, COMPRESA LA PROFILAZIONE (ART. 22).

L'AZIENDA, SULLA BASE DEI SUDDETTI DATI COSÌ CONFERITI, NON EFFETTUA PROFILAZIONE DEGLI UTENTI E NON TRASFERISCE DATI AL DI FUORI DELL'UNIONE EUROPEA AD ECCEZIONE DI QUANTO INDICATO DALL'AUTORITÀ GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI È L'A.S.L. CITTÀ DI TORINO - SEDE LEGALE VIA SAN SECONDO, 29, TORINO.

IL RESPONSABILE DEI DATI (RDS) È IL DIRETTORE DELLA S.C. ODONTOSTOMATOLOGIA DR. M. GIORDANO

IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD) È DR. S. COMELLINI.

AL TITOLARE E AL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DATI (RPD), L'INTERESSATO SI POTRÀ RIVOLGERE PER FAR VALERE I PROPRI DIRITTI COSÌ COME PREVISTO DALL'ART. 12 DEL GDPR 2016/679, ATTRAVERSO L'INVIO DI UNA RICHIESTA AD UNO DEI SEGUENTI INDIRIZZI:

- posta elettronica certificata: [protocollo@pec.aslcittaditorino.it](mailto:protocollo@pec.aslcittaditorino.it) posta elettronica: [urp@aslcittaditorino.it](mailto:urp@aslcittaditorino.it)



P.O. MARTINI - Via Tofane, 71 - 10141 TORINO - Tel. 011.70952206 - Fax 011.70952457  
Sede Legale: Via San Secondo, 29 - 10128 TORINO - C.F.P. IVA 11632570013  
[direzione.generale@aslcittaditorino.it](mailto:direzione.generale@aslcittaditorino.it) - [www.aslcittaditorino.it](http://www.aslcittaditorino.it)



S.C. ODONTOSTOMATOLOGIA. Dr. M. Giordano

SC/SSD/SS \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**  
*D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e s.m.i. e GDPR n. 2016/679 del 27.04.2016*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, per sè o, in qualità di esercente la  
responsabilità genitoriale/tutoriale, per \_\_\_\_\_ (*cognome e nome del  
soggetto minore o sottoposto a misura di protezione*), nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;  
acquisite e comprese le informazioni fornite dal Titolare del trattamento attraverso la nota  
informativa riportata sul retro del presente modulo, consapevole in particolare che il trattamento  
riguarderà i dati personali e sensibili, come esplicitato

AUTORIZZA

- il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle finalità e alla comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa allegata al presente modello (anche in relazione ad eventuali trasferimenti presso altri reparti o strutture sanitarie).

Torino	Firma dell'interessato	Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale e tutoriale
___/___/___	_____	_____

inoltre **AUTORIZZA (facoltativo)**

il trattamento dei dati ai fini di formazione, studio e ricerca scientifica da parte del personale dell'A.S.L. Città di Torino e degli studenti autorizzati.

Torino	Firma dell'interessato	Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale e tutoriale
___/___/___	_____	_____

**IN CASO D'INCAPACITÀ PSICO-FISICA TEMPORANEA dell'interessato**

Il sottoscritto, Dott. \_\_\_\_\_, dichiara che il/la signor/a \_\_\_\_\_, non è nelle condizioni psicofisiche per esprimere il proprio valido consenso, pertanto ai sensi dell'art. 82 del D.Lgs.196/03, il consenso al trattamento dei dati, previa informativa e fino al persistere dell'impossibilità da parte dell'interessato, viene rilasciato da:

- ☐ prossimo congiunto (*specificare nome e cognome*) \_\_\_\_\_
- ☐ familiare (*specificare nome e cognome*) \_\_\_\_\_
- ☐ convivente (*specificare nome e cognome*) \_\_\_\_\_
- ☐ responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (*specificare*) \_\_\_\_\_  
che indica altresì le persone a cui effettuare comunicazioni in merito alla salute del paziente.

Torino	Timbro e firma del medico	Firma di chi rilascia l'autorizzazione per l'interessato
___/___/___	_____	_____



P.O. MARTINI - Via Tofane, 71 - 10141 TORINO - Tel. 011.70952206 - Fax 011.70952457  
Sede Legale: Via San Secondo, 29 - 10128 TORINO - C.F.P. IVA 11632570013  
[direzione.generale@aslcittaditorino.it](mailto:direzione.generale@aslcittaditorino.it) - [www.aslcittaditorino.it](http://www.aslcittaditorino.it)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
**Azienda Sanitaria Locale “Città di Torino”**  
Costituuta con D.P.G.R. 13/12/2016 n.94  
Cod. fiscale/P.I. 11632570013  
Sede Legale: Via San Secondo, 29 - 10128 Torino  
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

DIPARTIMENTO  
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA  
S.C. ODONTOSTOMATOLOGIA  
Direttore: Dr. M. GIORDANO  
Via Tofane, 71 - 10140 Torino  
Tel. 011.70952225

RISERVATO AL PAZIENTE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ SESSO [M] [F]

NATO/A il \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

RESIDENTE a \_\_\_\_\_ in Via-C.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

TEL./CELL. \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**RISPONDA PER CORTESIA A TUTTE LE SEGUENTI DOMANDE  
BARRANDO LA CASELLA CORRISPONDENTE**

1) SOFFRE DI DISTURBI PARTICOLARI?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> disturbi di cuore | <input type="checkbox"/> malattie congenite | <input type="checkbox"/> soffio al cuore          |
| <input type="checkbox"/> pressione alta    | <input type="checkbox"/> anemia             | <input type="checkbox"/> disturbi di coagulazione |
| <input type="checkbox"/> asma              | <input type="checkbox"/> diabete            | <input type="checkbox"/> tubercolosi              |
| <input type="checkbox"/> epatite           | <input type="checkbox"/> epilessia          | <input type="checkbox"/> malattie psichiatriche   |

2) HA AVUTO QUALCHE MALATTIA IMPORTANTE NON CITATA NEL PRECEDENTE ELENCO?

Quale? \_\_\_\_\_

3) SE È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE IN QUESTI ULTIMI 2 ANNI, QUAL È STATA LA SUA DIAGNOSI DI USCITA?

4) È ALLERGICO A FARMACI, CIBI, POLVERE O ALTRO?

\_\_\_\_\_

5) HA MAI AVUTO UN'EMORRAGIA?

\_\_\_\_\_

6) HA GIÀ SUBITO UN'ANESTESIA DA PARTE DI UN DENTISTA? \_\_\_\_\_

7) QUALI FARMACI ASSUME NORMALMENTE? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8) È IN GRAVIDANZA? [SI] [NO] QUALE MESE? \_\_\_\_\_

La presente viene compilata sotto la propria responsabilità

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma del paziente e/o tutore esercente podestà \_\_\_\_\_

P.O. MARTINI - Via Tofane, 71 - 10141 TORINO - Tel. 011.70952206 - Fax 011.70952457  
Sede Legale: Via San Secondo, 29 - 10128 TORINO - C.F.P. IVA 11632570013  
[direzione.generale@aslcittaditorino.it](mailto:direzione.generale@aslcittaditorino.it) - [www.aslcittaditorino.it](http://www.aslcittaditorino.it)





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale “Città di Torino”  
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n.94  
Cod. fiscale/PI. 11632570013  
Sede Legale: Via San Secondo, 29 - 10128 Torino  
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

S.C. ODONTOSTOMATOLOGIA. Dr. M. Giordano

## Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso ad intervento di Chirurgia Orale ed Estrazione

Io sottoscritto ....., nato a .....  
in data ..... Tel. ...., indirizzo e-mail .....  
Residente in .....

Gentile paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere anche per iscritto il suo assenso all'esecuzione delle terapie preventivate, come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

**Diagnosi:** .....

### Descrizione dell'intervento

Eliminazione di una patologia in atto attraverso un intervento chirurgico locale. Estrazione di uno o più denti inclusi o semi-inclusi; asportazione di piccole cisti e/o radici. Possibile apertura di un lembo di accesso e relativa sutura. Nel suo caso di **chirurgia orale**:

Nel suo caso **estrazione di elemento dentario** per:

- ☐ Carie distruttrice della corona
- ☐ Presenza di lesioni apicali intrattabili con trattamenti di endodonzia o apicectomia
- ☐ Gravi lesioni parodontali (della gengiva e dell'osso) con mobilità dell'elemento dentario
- ☐ Interferenza del dente con riabilitazioni protesiche coerenti
- ☐ Frattura della radice
- ☐ Ragioni ortodontiche, ovvero la necessità di creare spazio per un corretto allineamento dentale

### Rischi dell'intervento

- 1 Rischi relativi all'impiego inevitabile di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza
- 2 Relativi alla possibilità di traumi mucosi e/o ossei determinati dagli strumenti manuali o meccanici
- 3 Relativi alla possibile ingestione accidentale di detti strumenti
- 4 Possibili lesioni ossee, nervose a carico del nervo alveolare inferiore o del nervo linguale (con conseguenti parestesie, anestesia, ecc.)
- 5 Possibile comunicazione con il seno mascellare
- 6 Danneggiamento elementi dentari adiacenti
- 7 Alveolite: infezione dell'alveolo ( la cavità ossea dove alloggiano le radici dei denti)
- 8 Infezione dentale



S.C. ODONTOSTOMATOLOGIA. Dr. M. Giordano

Nel suo caso:

### Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infezione, infiammazione o emorragia facilmente controllabili. Raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della temperatura. Nel suo caso vi possono essere i seguenti rischi specifici:

Le complicazioni si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni del curante allegate.

Altre informazioni richieste dal paziente (scrivere le eventuali domande o la frase “nessuna domanda”)

Compreso nella totalità quanto comunicato oralmente e per iscritto, debitamente informato circa lo scopo del trattamento medico, ho avuto modo di porre tutte le eventuali domande al Dott.

Firmando questo modulo, presto il mio consenso alla procedura.

Data e luogo .....

Firma del paziente/tutore esercente potestà .....

Firma del Medico .....



S.C. ODONTOSTOMATOLOGIA. Dr. M. Giordano

## DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI ESTRAZIONE DI TERZI MOLARI INCLUSI

L'estrazione dei denti del giudizio inclusi, sia superiori che inferiori, si rende necessaria quando la loro presenza determina una sintomatologia soggettiva od oggettiva e, più precisamente, in caso di carie, danno parodontale ai secondi molari, ascessi recidivanti, sintomatologia dolorosa, aree di rarefazione evidenziabili nella radiografia panoramica od endorale, necessità di protesizzare gli elementi contigui, impedimento alla normale eruzione degli elementi contigui, preparazione ad interventi chirurgici maxillo-facciali che prevedano osteotomie dei mascellari. In caso di previsione di terapie ortodontiche, l'opportunità dell'avulsione va valutata singolarmente. Per quanto riguarda il rapporto tra eruzione degli ottavi ed affollamento dentario, non esistono opinioni universalmente accettate circa la reale correlazione dei due fattori, sia dopo terapie ortodontiche che in assenza di queste ultime.

I **rischi generici** connessi all'intervento chirurgico sono quelli relativi all'uso di anestetico, sanguinamento intra o post-operatorio, edema e/o dolore post-operatorio, ecchimosi, ematomi, sovrainfezione con riapertura delle ferite chirurgiche.

I **rischi specifici** sono rappresentati, per quanto riguarda l'estrazione degli ottavi inferiori, da alterazioni transitorie o permanenti della sensibilità del nervo alveolare inferiore (metà del labbro inferiore) o del nervo linguale (metà lingua), con percentuali stimabili in base alla letteratura intorno al 1-2 %. Per quanto riguarda l'estrazione degli ottavi superiori, il rischio specifico è rappresentato da comunicazioni oro-sinusal, con percentuali di rischio intorno al 1-2 %; in questo caso si può avviare alla complicità con provvedimenti chirurgici immediati o a distanza.

Nel caso specifico, si evidenzia la necessità di estrazione di: .....

Nel caso specifico sussistono inoltre i seguenti fattori di aumento del rischio individuale: .....

in relazione ai quali le raccomandiamo: .....

Altre informazioni richieste dal paziente: (*Specificare le eventuali domande o inserire la frase "Nessuna Domanda"*)  
Eventuali note: .....

Io sottoscritto/a dichiara di essere stato esaurientemente informato e di aver compreso le finalità dell'intervento chirurgico di avulsione degli elementi dentari indicati, le sue modalità, le possibili complicanze ed acconsente pertanto ad essere sottoposto all'intervento stesso.

Data ...../...../.....

Nome e Cognome del paziente e/o tutore esercente potestà .....

Firma .....

Nome e Cognome del professionista medico/odontoiatra .....

Firma .....