

**VISITA ODONTOIATRICA PER TERAPIA CON
BIFOSFONATI**

- originale
- copia controllata _____ N. _____
- copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ
- bozza

Il presente modulo, compilato dal Medico Odontoiatra al fine di autorizzare la terapia con bifosfonati, è parte integrante della procedura per la prevenzione dell'osteonecrosi della mandibola/mascella da bifosfonati nei pazienti oncologici PGS-7-04.

Redazione

Dr. Carmelo Busacca, RQ U.O.C. Oncologia P.O. di Caltagirone
Dr. Mario Caponcello, Specialista Ambulatoriale Interno Odontoiatria
Dr. Giuseppe Caputo, RQ U.O.C. Oncologia Medica P.O. di Caltagirone
Dr. Giovanni D'Avola, Specialista Ambulatoriale Interno Reumatologia
Dr.ssa Emilia Fisicaro, Referente Aziendale Rischio Clinico
Dr. Salvatore Grasso, Dirigente Medico U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. di Acireale
Dr.ssa Maria Agata Mangano, Referente Qualità UOC Coordinamento Staff
Dr. Giovanni Mirabile, Specialista Ambulatoriale Interno Odontoiatria
Sig.ra Raimondo Filippina Simona, Infermiera Prof.le Centro di Odontoiatria Catania
Dr. Filippo Rasà, RQ Dipartimento del Farmaco
Dr. Antonino Rizzo, Medico di Medicina Generale
Dr. Aurora Scalisi, Direttore U.O.C. Patologie Oncologiche- Dipartimento Cure Primarie
Dr. Patrizia Sciarrello, Direttore U.O.C. Prevenzione e Cura Patologie Odontoiatriche e Sociali-Dipartimento Cure Primarie.

Verifica

Dr. Alfio Cristaudo, Responsabile U.O. Sistema Qualità Aziendale

Approvazione

Dr. Domenico Barbagallo, Direttore Sanitario

Ratifica

Dr. Gaetano Sirna, Commissario Straordinario

VISITA ODONTOIATRICA PER TERAPIA CON
BIFOSFONATI

Catania, ___ / ___ / _____

Si attesta che il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

COD. FISC. _____

È stato/a sottoposto in data odierna presso questa struttura a visita odontoiatrica.

Il/la paziente:

non necessita di bonifica del cavo orale e, pertanto può iniziare il trattamento con bifosfonati, ove previsto.

necessita di bonifica del cavo orale prima del trattamento con bifosfonati.

ha effettuato la bonifica del cavo orale.

Note: _____

Il Medico Odontoiatra



MODULO

**VISITA ODONTOIATRICA PER TERAPIA CON
BIFOSFONATI**

M_PGS-7-04_01

**Ed. 0 Rev. 00
Data 05/05/2014**

Indice di revisione

Ed.0 Rev. 00

Motivo della revisione

Emissione

Data

05 maggio 2014

VISITA ODONTOIATRICA PER TERAPIA CON
BIFOSFONATI

Redazione

Data

Carmelo Busacca

Mario Caponcello

Giuseppe Caputo

Giovanni D'Avola

Emilia Fiscaro

Salvatore Grasso

Giovanni Mirabile

Filippina Simona
Raiomondo

Filippo Rasà

Antonino Rizzo

Aurora Scalisi

Patrizia Sciavarello

KARA AGATA
MAOGANO
Verifica

Data

Alfio Cristaudo

Approvazione

Data

Domenico Barbagallo

Ratifica

Data

Gaetano Sirna

[Handwritten signatures and names for Redazione section]

[Handwritten signature for Alfio Cristaudo]

[Handwritten signature for Domenico Barbagallo]

[Handwritten signature for Gaetano Sirna]



MODULO

**VISITA ODONTOIATRICA PER TERAPIA CON
BIFOSFONATI**

M_PGS-7-04_01

Ed. 0 Rev. 00
Data 05/05/2014
