



CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA CIRURGIA PERIAPICAL I APICECTOMIA

Per a satisfacció dels DRETS DEL PACIENT, com a instrument afavoridor del correcte ús dels Procediments Diagnòstics i Terapèutics, i en compliment de la Llei General de Sanitat en relació amb la Llei orgànica 1/1982.

Jo, D/Donya.
com a pacient o (D/Donya com el seu representant),
.....en
ple ús de les meves facultats, lliure i voluntàriament, DECLARO que he estat degudament INFORMAT/A, pel Dr./Dra.
....., i en conseqüència, AUTORITZO a..... perquè em sigui realitzat el procediment diagnòstic/terapèutic denominat

Em dono per assabentat/a dels següents punts relatius a aquest procediment:

A través d'aquesta intervenció es pretén aconseguir l'exploració de la regió periapical de la dent, mitjançant l'extirpació si existeix del quist maxil·lar i el tractament de les peces dentals afectes bé practicant exodòncia d'elles o bé a través de cirurgia periapical. L'apicectomia consisteix en l'extracció de la punta de l'arrel dental (àpex) i els teixits afectats per la infecció. Posteriorment es pot segellar el conducte radicular.

Per a arribar a l'arrel dental i si requereix extirpar el quist i els teixits afectats, es requerirà realitzar un fresat de l'os que aquesta suprajacent a la peça malalta (ostectomia) després d'haver obert amb bisturí la geniva. Posteriorment em realitzaran resecció del quist quedant una cavitat que s'anirà reossificant parcial o totalment en uns mesos. Després de la resecció del quist es procedirà a l'exodòncia de les peces dentals afectes o al fresat de l'extrem final de les arrels d'aquestes peces que hauran requerit endodòncia prèvia per part del seu odontòleg- estomatòleg amb la finalitat d'intentar preservar-les.

La intervenció podria ser realitzada amb anestèsia local o general. En tots dos casos requerirà l'aplicació d'anestèsics locals i la ingesta de medicaments en el postoperatori (antibiòtics, analgèsics, antiinflamatoris, etc.). La medicació emprada no està exempta de riscos i pot produir efectes secundaris, reaccions adverses, reaccions al·lèrgiques (fins i tot xoc anafilàctic) etc. Els fàrmacs utilitzats poden produir determinades alteracions del nivell de consciència causant endormiscament, incoordinació o mareig pel que se m'ha advertit que no condueixi o realitzi activitats potencialment perilloses fins a, almenys, 24 hores després de la intervenció. Si el procediment precisa anestèsia general s'afegeix el risc inherent a aquesta, que serà informat per l'anestesta.

Existeix la possibilitat que durant la cirurgia calgui realitzar modificacions del procediment per les troballes i/o complicacions intraoperatòries per a proporcionar-me el tractament més adequat:

-Podria optar-se per realitzar exodòncia de peces dentals en les quals estigués previst fer cirurgia periapical per considerar que són inviables (peça molt mòbil que presumim que no s'unirà a l'os)

-Podria haver de realitzar-se algun altre procediment o maniobra no recollida en aquest document, que sigui oportuna per al meu tractament.

Els riscos de no realitzar el tractament quirúrgic proposat inclouen, entre altres, els següents: dolor agut, formació de flegmons, infecció òssia, infecció greu de la regió



orofacial amb extensió a altres zones, aparició de malaltia periodontal, augment de la grandària dels quistos que poden o no fistulitzar i, fins i tot, degeneració d'aquests, mal a dents pròximes amb possible pèrdua d'aquests, maloclusió i apinyaments dentaris, fractures patològiques dels maxil·lars.

Malgrat els possibles beneficis de la cirurgia, no està exempta de complicacions, entre les quals podem incloure i no en forma exhaustiva les estadísticament més freqüents:

- Hematoma i edema postoperatori, especialment els primers dies.
- Hemorràgia intra o postoperatoria.
- Dificultat per a obrir la boca i/o possible afectació de l'articulació temporomandibular (dolor, etc.) sobretot en el postoperatori inicial.
- Infecció postoperatoria, i fins i tot osteomielitis.
- Dolor postoperatori.
- Dehiscència de la sutura
- Laceracions i/o ferides en mucoses, llengua o llavis
- Hipoestèsia o anestèsia dels llavis, mentó, galta, nas, geniva, llengua, dents o paladar. Parcial o total, temporal o permanent.
- Les dents pròximes a la cirurgia poden resultar danyats i requerir tractament i fins i tot l'extracció.
- Aspiració o deglució de fragments dentals o dents.
- Sinusitis, comunicació oronasal i/o orosinusal.
- Fractures de maxil·lars que podrien suposar la col·locació de plaques i caragols (osteosíntesis) i un bloqueig intermaxil·lar (tancament de la boca mitjançant filferro)
- Recidiva de la lesió.
- Trencament d'instruments.

Per a la realització d'aquest tractament és imprescindible la meua col·laboració tant durant la intervenció com en el postoperatori, comprenent que qualsevol falta de seguiment de les mateixes podrà provocar resultats inferiors als esperats.

Riscos específics en el meu cas i altres complicacions de mínima rellevància estadística

.....

Rebuda l'anterior informació, considero que he comprès la naturalesa i propòsits del procediment

.....

A més, en entrevista personal amb el Dr he estat informat/a, en termes que he comprès, de l'abast d'aquest tractament. En l'entrevista he tingut l'oportunitat de proposar i resoldre els meus possibles dubtes, i d'obtenir quanta informació complementària he cregut necessària. Per això, em considero en condicions de sospesar degudament tant els seus possibles riscos com la utilitat i beneficis que d'ell puc obtenir.



Estic satisfet/a amb la informació que se m'ha proporcionat i, per això, **DONO EL MEU CONSENTIMENT** perquè se'm practiqui

.....
.....
.....

Aquest consentiment pot ser revocat per mi sense necessitat de cap justificació, en qualsevol moment abans de realitzar el procediment.

Observacions.....
.....
.....

I, per deixar-ne constància, signo el present original després de llegit, per duplicat, la còpia del qual se'm proporciona.

Enade.....de

Signatura del pacient
(o el seu representant legal en cas d'incapacitat) .
DNI

Signatura del metge
Núm. de col·legiat

En cas de negativa per part del pacient a signar el consentiment Signatura del testimoni (DNI)