



CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA CIRURGIA AMB LÀSER

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.
, 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:

El làser consisteix en unes ones de llum emeses des d'un aparell que en contacte amb les cèl·lules les destrueixen, actuant com un bisturí d'alta precisió. Aquest procediment evita en gran part el sagnat i els punts després de la cirurgia. La cirurgia amb làser es realitza per a resoldre determinats problemes de la cavitat oral, com ara: extirpació de petits tumors o lesions de la mucosa de la boca, angiomes, frens, fibromes, papil·lomes, així com de lesions blanquinoses de la boca (leucoplàsies). També pot emprar-se per a ressecat taques o lesions en la pell i en els llavis. La intervenció pot realitzar-se amb anestèsia general o local (amb els riscos inherents a elles que seran informats pel seu anestesista), i els fàrmacs utilitzats poden produir determinades alteracions del nivell de consciència pel que no podré realitzar determinades activitats immediatament, com ara conduir un vehicle.

Tots aquests procediments suposen un indubtable benefici, no obstant això, no estan exempts de complicacions, algunes d'elles inevitables, sent les estadísticament més freqüents:

- Al·lèrgia a l'anestèsic o un altre medicament utilitzat, abans, durant o després de la cirurgia.
- Hematoma i inflor de la regió.
- Hemorràgia postoperatòria.
- Obertura dels punts de sutura en cas de donar-se.
- Mal a les dents veïnes, en forma de cremades o trencaments.
- Falta de sensibilitat parcial o total, temporal o permanent del nervi dentari inferior (sensibilitat del llavi inferior).
- Falta de sensibilitat parcial o total del nervi lingual, temporal o definitiva (de la llengua i del gust).
- Falta de sensibilitat parcial o total del nervi infraorbitari (de la galta), temporal o definitiva.
- Infecció dels teixits o de l'os.
- Cremada de parts de la pell o mucosa pròximes al lloc de l'operació.
- Inflamació dels draps o gases emprats.
- Mal pel feix de llum a diverses estructures oculars.



- Trencament d'instruments. Trencament de l'agulla d'anestèsia.
- Infecció dels punts de sutura.

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

..... Rebutada 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)