



CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA CIRURGIA ORTOGNÀTICA DE LES DEFORMITATS DENTOFACIALS

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:

Les deformitats dentofacials requereixen un tractament multidisciplinari que ha de ser dirigit de manera coordinada per un ortodontista i un cirurgià oral i maxil·lofacial. L'objectiu és una millora funcional i estètica. La cirurgia ortognàtica es realitza per a corregir la posició dels meus ossos maxil·lars i no les dents individualment, amb la consegüent millora de l'aspecte estètic i/o funcional a l'hora de mastegar i parlar. Es realitza mitjançant osteotomies (corts) en els ossos de la cara i la seva posterior recol·locació en la posició adequada, i sovint fixació amb osteosíntesis. Addicionalment, altres tractaments dentals com a restauracions, periodòncia (tractament de les genives), i endodòncia poden ser necessari postoperatoriament. En la majoria dels casos, el procediment precisa anestèsia general, amb el risc inherent a aquesta, que serà informat pel seu anestesista i pot ser necessari l'ús de transfusions.

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:

- Efectes adversos dels anestèsics utilitzats o altres medicaments.
- Hematoma i edema postoperatori.
- Hemorràgia intra o postoperatoria. Danys o lesions vasculars
- Infecció postoperatoria, i fins i tot osteomielitis.
- Dolor postoperatori.
- Hipoestèsia o anestèsia dels llavis, mentó, galta, nas, geniva, llengua, dents o paladar. Parcial o total, temporal o permanent.
- Parèsia o paràlisi del nervi facial, transitòria o permanent.
- Les dents pròximes a la cirurgia poden resultar danyats i requerir tractament i fins i tot l'extracció.
- Mala unió dels fragments ossis. Fractures òssies no planificades que puguin requerir tractament
- Sinusitis, comunicació oronasal i/o orosinusal.
- Deformitat del septe nasal o del nas.
- Danys indirectes del nervi òptic
- Necessitat de reintervenció primerenca per resultats insatisfactoris
- Recidiva (recaiguda) total o parcial de la deformitat.



- No compliment de les expectatives estètiques i/o canvis emocionals reactius als canvis facials.
- En cas d'incisions extraorals es poden produir cicatrius inestètiques.
- Alteracions en l'articulació temporomandibular
- Intolerància al material de osteosíntesis
- Trencament d'instruments.

Poden ser necessaris una sèrie de tractaments postoperatoris, com ara: fisioteràpia, col·locació d'una fèrula entre les dents, reconstruccions dentàries, cirurgia addicional.

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)