



CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ DE LA CIRURGIA MÍNIMAMENT INVASIVA (ARTROCENTESI, ARTROSCÒPIA) DE L'ARTICULACIÓ TEMPOROMANDIBULAR

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:

L'artrocentesi de l'articulació temporomandibular (ATM) consisteix en la introducció dins de l'articulació d'una cànula o d'agulles a través de les quals s'infiltra amb sèrum realitzant una rentada del contingut d'aquesta. Es pot realitzar sota anestèsia local o general.

L'artroscòpia de l'articulació temporomandibular (ATM) pot ser un mètode diagnòstic i terapèutic. Amb l'es visualitza gran part de les estructures intra-articulars, i es poden realitzar una sèrie de tècniques (fixació del disc, retirada d'adherències, infiltració de substàncies terapèutiques), que en un alt nombre de casos milloren la simptomatologia que es presenta.

En la majoria dels casos el procediment precisa anestèsia general, amb el risc inherent a aquesta, que seran informats pel seu anestesista.

En algunes ocasions és necessari realitzar una intervenció complementària, que consisteix a "obrir l'articulació", per a reconstruir la mateixa. Sol ser necessària la realització després de la cirurgia d'exercicis mandibulars en el seu domicili.

Malgrat els possibles beneficis de l'artroscòpia, amb millora del dolor, augment de l'obertura bucal, desaparició dels espetecs, etc., no està exempta de complicacions, entre les quals podem incloure i no en forma exhaustiva les estadísticament més freqüents:

- Dolor postoperatori.
- Hemorràgia intra o postoperatoria, que pugui fer necessària una "cirurgia oberta", per a contenir-la.
- Infecció local postoperatoria.
- Problemes d'oïda, que inclouen inflamació i/o infecció de l'oïda interna, mitjà o de la membrana del timpà, resultant en una pèrdua parcial o total, transitòria o permanent de l'audició o problemes d'equilibri i vertígens.
- Bronzits i espetecs d'oïda.
- Cicatrius externes.
- Hematoma, inflamació o infecció de la glàndula paròtide, o estructures adjacents.



- Falta de mobilitat temporal o permanent del nervi facial, sobretot de la musculatura del front.
- Alteracions de la sensibilitat d'àrees facials o orals.
- Empitjorament de la simptomatologia, que requereixen repetició de l'artroscòpia o "cirurgia oberta".
- Adherències, canvis degeneratius o anquilosis de l'articulació.
- Trencament d'instruments, que requereixen repetició de l'artroscòpia o "cirurgia oberta".
- Maloclusió dental postoperatòria.

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.....

.....

.....



SOCIETAT CATALANO-BALEAR DE CIRURGIA MAXIL·LOFACIAL I ORAL

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)