



CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA COL·LOCACIÓ D'IMPLANTS DENTALS OSTEOINTEGRATS I CIRURGIA PREPROTÈTICA

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
.....
o qualsevol altre procediment que estimi necessari per a completar el tractament previst (col·locació de membranes, material d'empelt, etc.).

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

El propòsit de la intervenció és procurar restaurar la pèrdua d'un o diverses dents mitjançant la col·locació d'una pròtesi fixa o amovible connectada als implants dentals. He estat informat de plans alternatius de tractament mitjançant la utilització de pròtesis convencionals. Els implants dentals són unes estructures de metall amb forma de caragol que s'introdueixen en una primera intervenció dins de l'os realitzant un forat en aquest; després d'un període d'espera variable es realitza una segona petita intervenció consistent en la connexió de l'implant a la pròtesi. La intervenció pot realitzar-se amb anestèsia local o general (amb els riscos inherents a elles que seran informats pel seu anestesista), i que els fàrmacs utilitzats poden produir determinades alteracions del nivell de consciència pel que no podré realitzar determinades activitats, com ara conduir un vehicle.

He estat informat que existeixen uns certs riscos potencials en tota intervenció quirúrgica realitzada en la boca, que es trobaran agreujats en cas que sigui fumador o que tingui una inadequada higiene de la boca, i que, en aquest cas, sent els estadísticament més freqüents:

- Al·lèrgia a l'anestèsic o un altre medicament utilitzat, abans, durant o després de la cirurgia.
- Molèsties, hematomes i inflamació postoperatòria, durant els primers dies.
- Sagnat.
- Infecció postoperatòria, que requereixi tractament posterior.
- Lesió d'arrels de dents adjacents.
- Lesió nerviosa que provoqui falta de sensibilitat parcial o completa del llavi inferior i superior, mentó, dents, geniva o de la llengua, que sol ser transitòria i excepcionalment permanent.
- Comunicació entre la boca i el nas o els sins maxil·lars.
- Aspiració o empassat d'algun instrument quirúrgic de petita grandària o del propi implant.
- Desplaçament de l'implant a les estructures veïnes.



- Trencament d'instruments o de l'agulla d'anestèsia.

Els implants osteointegrats han estat àmpliament utilitzats a tot el món, des de fa més de 20 anys, i són un procediment considerat segur per la comunitat científica internacional.

No obstant això, he estat informat de les complicacions potencials d'aquest procediment quirúrgic, que inclouen a més de les anteriors, i no de manera exhaustiva:

- Obertura dels punts de sutura i exposició de l'implant.
- Falta d'integració de l'implant amb l'os que li envolta, amb la consegüent pèrdua precoç o tardana del/els implants, i la possible modificació de la pròtesi planificada.
- Impossibilitat de col·locar un implant en la localització prevista, per les característiques de l'os romanent, no necessitant-se en molts casos la seva retirada.
- En casos excepcionals, amb atròfia important òssia, pot produir-se una fractura mandibular, que requereixi més tard tractament.
- Fractura de l'implant o d'algun component de la pròtesi.
- Complicacions inherents a la pròtesi dental: no compliment de les expectatives estètiques, dificultat per a la parla, acúmulo de menjar, etc.

Si sorgís qualsevol situació inesperada durant la intervenció, autoritzo el meu cirurgià a realitzar qualsevol procediment o maniobra diferent de les indicades en aquest document, que al seu judici estimés oportuna per al meu tractament.

No se m'ha donat cap garantia que el tractament tindrà èxit. M'ha estat explicat que per a la realització d'aquest tractament és imprescindible la meua col·laboració amb una higiene oral molt escrupolosa i amb visites periòdiques per a control clínic i radiogràfic. Accepto cooperar amb les recomanacions del meu metge mentre estigui a càrrec del meu tractament, 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



SOCIETAT CATALANO-BALEAR DE CIRURGIA MAXIL·LOFACIAL I ORAL

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)