



## CONSENTIMENT INFORMAT PER A L'EXODÈNCIA QUIRÚRGICA DE TERCERS MOLARS INCLOSOS

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

La cirurgia oral es fa necessària per al tractament de molt diversos problemes i patologies de la cavitat oral. Entre aquestes patologies es troben els tercers molars o queixals del judici incloses superiors i inferiors així com quistos o altres entitats relacionades. La causa més freqüent d'inclusió d'aquestes dents és la falta d'espai en l'arcada i en casos més excepcionals la presència de patologies associades. La intervenció pot realitzar-se amb anestèsia general o local amb el risc inherent associat a aquesta, 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 tenen la fi d'aconseguir un indubtable benefici, no obstant això, no estan exempts de complicacions, algunes d'elles inevitables en casos excepcionals, 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.
- Mal a les dents veïnes.
- 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.
- Sinusitis.
- Comunicació entre la boca i el nas o els sins maxil·lars.
- Fractures òssies.
- Desplaçament de dents a estructures veïnes.
- Empassat o aspiració de dents o d'alguna de les seves parts.
- 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

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.

En .....a .....de.....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)