



CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA CIRURGIA OBERTA 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:

La funció d'una o de les dues Articulacions Temporomandibulars està limitada o compromesa, i/o el dolor pot ser secundari a un nombre de processos possibles que inclouen: traumatisme, maloclusió de les dents, desplaçament del disc articular, artrosi, artritis, defecte congènit o tumor.

La cirurgia que es realitzarà és un procediment exploratori i el tractament definitiu estarà basat en les troballes trobades en aquesta.

El tractament quirúrgic pot ser la reparació o extirpació del disc, col·locació d'un empelt o implant (pròtesi), o artroplàstia (regularització de les superfícies òssies).

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

Malgrat els possibles beneficis de la cirurgia, 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.
- 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.
- Bronzits d'oïda.
- 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.
- Cicatriu inestètica.
- Empitjorament de la simptomatologia, o de la funció articular.
- Adherències, canvis degeneratius o anquilosis de l'articulació.
- Maloclusió dental postoperatoria.
- Trencament d'instruments.



Poden ser necessaris una sèrie de tractaments postoperatoris, com ara: fisioteràpia, col·locació d'una fèrula entre les dents, reconstruccions dentàries, ortodòncia, cirurgia ortognàtica, cirurgia addicional reconstructiva de l'articulació, incloent-hi extirpació de l'implant i /o reemplaçament i reconstrucció total de l'articulació.

Jo entenc, que no hi ha garantia donada per a la correcció dels meus símptomes subjectius i/o troballes físiques objectives.

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.

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)