

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ORAL GENERAL Y PERIIMPLANTARIA

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D. /D^a:..... con DNI:..... como paciente
(en caso de menores o incapacitados consignar el nombre y DNI del padre, madre, tutor o persona responsable)
D. /D^a:..... DNI:, ha sido informado/a por el Dr. Vicente Gimeno Vicent, Col. Nº: 28009048 de Madrid, sobre los procedimientos quirúrgicos a realizar.

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

La **cirugía oral** se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales como: extracción de piezas dentarias o restos incluidos de raíces, apertura mucosa o tracción de dientes retenidos, frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y de pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral. Asimismo pueden utilizarse para el tratamiento de **periimplantitis**, para intentar frenar el proceso de avance de la misma y estabilizar la pérdida de **hueso periimplantaria**. La intervención puede realizarse con anestesia general o local con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista, y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- 1- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- 2- Hematoma e hinchazón de la región.
- 3- Hemorragia postoperatoria.
- 4- Apertura de los puntos de sutura.
- 5- Daño a los dientes vecinos.
- 6- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- 7- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- 8- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- 9- Infección de los tejidos o del hueso.
- 10- Sinusitis.
- 11- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- 12- Fracturas óseas.
- 13- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- 14- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
- 15- Tragado o aspiración accidental de alguno de los instrumentos quirúrgicos de pequeño tamaño.
- 16- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- 17- Infección de los puntos de sutura.
- 18- Aspiración o deglución de alguno de los componentes quirúrgicos o protésicos relacionados con dichas intervenciones y/o las posteriores para el tratamiento protésico del paciente.
- 19- Los riesgos específicos que presenta cualquier **tratamiento peri-implantario** son:

- **Recesión Gingival** peri-implantaria causada por la desinflamación y desinfección de los tejidos blandos, quedando en una posición diferente a la actual, por lo que puede ser necesario el cambio de las restauraciones protodóncicas.
- **Percepción o sensibilidad distinta** de la zona afectada. En ocasiones se recomienda el uso de injertos gingivales para mejorar el biotipo (calidad y cantidad de tejido peri-implantario).
- La realización del tratamiento **no garantiza “persé” la estabilización** de la pérdida ósea y tejidos peri-implantarios.
- El tratamiento quirúrgico va acompañado de antibioterapia, analgésicos y anti-inflamatorios para minimizar la morbilidad post-operatoria.

20- Asimismo el paciente firmante, por sus especiales condiciones personales previas al tratamiento que se especifican:.....

 puede presentar riesgos añadidos como pueden ser:

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento descrito.

Consiento la realización de **pruebas de radiodiagnóstico** (radiografías periapicales -pequeñas-, panorámicas -toda la boca- y CBCT -similar a un TAC en tres dimensiones-), cuando el doctor lo crea necesario para un correcto diagnóstico y tratamiento a realizar.

Consiento en que se tomen **fotografías o registros** en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia. En todos los casos será resguardada la identidad del/de la paciente.

Yo D. /D^a:..... Como paciente (y si procede) D. o D^a:.....(como padre, madre, tutor o persona responsable), **he sido informado/a** por el Dr. Gimeno, mediante un lenguaje claro y sencillo, **me ha dado respuesta** a cuantas observaciones he formulado aclarando todas la dudas, por lo cual comprendo el alcance y el significado de dicha información y **consiento en someterme a los procedimientos de cirugía oral y post-implantaria incluidos en el plan de tratamiento**. También he sido informado/a de la posibilidad de **rechazar este consentimiento por escrito** en cualquier momento, para los tratamientos pendientes de realizar, haciendo frente a los gastos ocasionados hasta ese momento.

Toledo,.....de.....de 20.....

El paciente (padre madre o tutor)

El Odontólogo informante