

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES DENTALES OSTEOINTEGRADOS Y CIRUGÍA PREPROTÉSICA

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 1/1982.

Yo, D/Doña.
como paciente o (D/Doña como su representante),
.....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que
he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr.
, y en consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea realizado
el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

o cualquier otro procedimiento que estime necesario para completar el tratamiento previsto (colocación de membranas, material de injerto, etc.).

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

El propósito de la intervención es procurar restaurar la pérdida de uno o varios dientes mediante la colocación de una prótesis fija o removible conectada a los implantes dentales. He sido informado de planes alternativos de tratamiento mediante la utilización de prótesis convencionales. Los implantes dentales son unas estructuras de metal con forma de tornillo que se introducen en una primera intervención dentro del hueso realizando un agujero en el mismo; tras un período de espera variable se realiza una segunda pequeña intervención consistente en la conexión del implante a la prótesis. La intervención puede realizarse con anestesia local o general (con los riesgos inherentes a ellas que serán informados por su anestesista), y que los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podré realizar determinadas actividades, tales como conducir un vehículo.

He sido informado de que existen ciertos riesgos potenciales en toda intervención quirúrgica realizada en la boca, que se encontrarán agravados en caso de que sea fumador o que tenga una inadecuada higiene de la boca, y que, en este caso, siendo los estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Molestias, hematomas e inflamación postoperatoria, durante los primeros días.
- Sangrado.
- Infección postoperatoria, que requiera tratamiento posterior.
- Lesión de raíces de dientes adyacentes.
- Lesión nerviosa que provoque falta de sensibilidad parcial o completa del labio inferior y superior, mentón, dientes, encía o de la lengua, que suele ser transitoria y excepcionalmente permanente.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Aspiración o tragado de algún instrumento quirúrgico de pequeño tamaño o del propio implante.
- Desplazamiento del implante a las estructuras vecinas.
- Rotura de instrumentos o de la aguja de anestesia.

Los implantes osteointegrados han sido ampliamente utilizados en todo el mundo, desde hace más de 20 años, y son un procedimiento considerado seguro por la comunidad científica internacional.

No obstante, he sido informado de las complicaciones potenciales de este procedimiento quirúrgico, que incluyen además de las anteriores, y no de forma exhaustiva:

- Apertura de los puntos de sutura y exposición del implante.
- Falta de integración del implante con el hueso que le rodea, con la consiguiente pérdida precoz o tardía del/los implantes, y la posible modificación de la prótesis planificada.



- Imposibilidad de colocar un implante en la localización prevista, por las características del hueso remanente, no necesitándose en muchos casos su retirada.
- En casos excepcionales, con atrofia importante ósea, puede producirse una fractura mandibular, que requiera más tarde tratamiento.
- Fractura del implante o de algún componente de la prótesis.
- Complicaciones inherentes a la prótesis dental: no cumplimiento de las expectativas estéticas, dificultad para el habla, acúmulo de comida, etc.

Si surgiese cualquier situación inesperada durante la intervención, autorizo a mi cirujano a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las indicadas en éste documento, que a su juicio estimase oportuna para mi tratamiento.

No se me ha dado ninguna garantía de que el tratamiento tendrá éxito. Me ha sido explicado que para la realización de este tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene oral muy escrupulosa y con visitas periódicas para control clínico y radiográfico. Acepto cooperar con las recomendaciones de mi médico mientras esté a cargo de mi tratamiento, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podrá provocar resultados inferiores a los esperados.

Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística

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

Además, en entrevista personal con el Dr

he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO**

para que se me practique

.....
Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

.....
Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

Enade.....de

Firma del paciente
(o su representante legal en caso de incapacidad).
D.N.I.

Firma del médico
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento
Firma del testigo (D.N.I.)