

## CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍAS

Yo,.....mayor de edad y con DNI nº.....

En caso de paciente menor de edad, impedido o incapacitado

Yo, ....., con DNI nº..... en calidad de padre, madre, tutor/a o representante del paciente.....

### **DECLARO (IMPLANTE):**

Que se me ha explicado que es necesario que se me coloque uno o varios implantes. Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado/a de que:

El objetivo de la colocación de un implante es la reposición del diente perdido, suponiendo una mejora en la función (masticación), estética y fonación del paciente. Sé que alternativamente podría recurrir a prótesis convencionales de menor coste, pero lo descarto por los beneficios que se pueden obtener con la técnica implantológica. El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. También, que la administración de la anestesia podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara. Asimismo, puede provocar bajada de tensión y mareo.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que pueden producirse procesos edematosos, inflamación, hematomas, dolor o laceraciones en la mucosa del labio o mejilla o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización. Raramente pueden producirse comunicaciones con los senos nasales o con las fosas nasales y lesionar las raíces de dientes adyacentes, que pueden requerir tratamiento posterior. Existe incluso la posibilidad de lesionar el seno maxilar y provocar una sinusitis que deba ser tratada posteriormente por el especialista competente. Con menos frecuencia e independientemente de la técnica empleada y de su correcta realización, es posible que se produzcan lesiones de tipo nervioso, por afectar a terminaciones nerviosas o nervios próximos, lo que puede generar pérdida de sensibilidad en los labios, mentón, la lengua o la encía, según cual sea el nervio afectado. Generalmente la pérdida de sensibilidad es transitoria, aunque puede llegar a ser permanente. Todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual( ) se pueden aumentar los riesgos. Aunque la técnica se realice correctamente, existe la posibilidad de que se produzca un fracaso del tratamiento, que pueda requerir la repetición de la intervención en las mismas condiciones o con alguna cirugía previa como el injerto de hueso o la elevación del seno maxilar. En el caso de que se utilicen injertos óseos propios del sujeto, además de las posibles complicaciones quirúrgicas en la zona donante, existe siempre riesgo de que el injerto no prenda en la nueva localización con las modificaciones que esto supondría en el plan de tratamiento. Dependiendo del caso, se podría recolocar el implante en una zona próxima o habría que replantearse toda la rehabilitación, incluso descartando el uso de implantes. El fracaso de algún implante siempre supone la modificación, o en la mayoría de las ocasiones tener que cambiar completamente, la prótesis apoyada sobre ellos. Entiendo que el tratamiento no concluye con la colocación del implante, sino que es preciso realizar revisiones periódicas y seguir escrupulosamente las normas de higiene que se me han explicado. También entiendo que, una vez colocada la prótesis, pueda fracturarse con la consiguiente necesidad de sustituir algún tornillo o componente. Se me ha informado que es imprescindible un seguimiento periódico, a fin de detectar precozmente y tratar con mejor pronóstico la aparición de cualquier complicación, como la perimplantitis, una enfermedad e inflamación de los tejidos que rodean el implante.

**FIRMADO EL/LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

### **DECLARO (RGO):**

Se me ha informado que tengo problemas y/o una enfermedad periodontales (de las encías y el hueso), que deben tratarse quirúrgicamente, lo cual incluye injertos óseos y técnicas para la regeneración ósea. Entiendo que el objetivo de este procedimiento, en forma conjunta con la cirugía con colgajo periodontal (de la encía), es el de permitir el acceso para eliminar las bacterias, mediante la limpieza de las raíces dentales y del recubrimiento de la encía. También puede tratar irregularidades del maxilar, si las hubiera, mediante el uso de un material de injerto óseo, para que cuando la encía se reemplace alrededor de la pieza dental, permita la reducción de cavidades, infección e inflamaciones y puede mejorar la cicatrización ósea. La reducción en la profundidad de las cavidades de las encías puede mejorar la facilidad y efectividad de mi higiene oral personal y la aptitud de un profesional odontológico para optimizar la limpieza de mi dentadura.

Al reducirse la infección y la inflamación puede minimizarse todavía más la pérdida del hueso y del tejido de las encías que sustentan la dentadura, lo cual puede contribuir a una retención más duradera de mis piezas dentales en la o las áreas operadas. Después de que la anestesia aplicada mediante una inyección haya insensibilizado el área a operar, la encía se refleja (se le practica una incisión durante la cirugía) para exponer las raíces de la pieza dental, las cuales se limpian y alisan. Antes de colocar el material del injerto en la o las áreas, pueden aplicarse antibióticos y/u otros productos químicos a las raíces para descontaminarlas.

Se me ha informado que los injertos óseos pueden llevarse a cabo en áreas de mi boca asociadas con zonas de las encías donde haya cavidades y/o recession. También se me ha explicado que éste es un procedimiento que puede implicar el injerto quirúrgico del hueso, mediante la extracción de uno o más trozos de hueso de otra región de mi cuerpo, lo cual requiere otro sitio quirúrgico o el uso de otro material óseo comercial, proveniente de otro ser humano o de un animal. El material del injerto se puede usar en forma de bloque, sobre una zona grande, o en forma de material en partículas, para las áreas de menor tamaño. Admito que he tenido la oportunidad de conversar acerca de estas opciones y, a mi elección, con mi dentista, antes de prestar el consentimiento para este tratamiento, procedimiento o cirugía. Beneficios de los injertos óseos y/o de la cirugía regenerativa, no limitados a los siguientes:

El objetivo de los injertos óseos y/o de la cirugía regenerativa es el de lograr que el hueso vuelva a “crecer”, para permitir posiblemente la colocación de un implante dental, ya sea durante esta misma cirugía o en una fecha posterior. Por otro lado, el propósito de esta cirugía puede ser el de contribuir a crear una cresta alveolar restaurable, para mejorar la estética y la función en el lugar donde irá una pieza dental de reemplazo (artificial) como parte de un puente dental.

Riesgos de los injertos óseos y/o de la cirugía regenerativa, no limitados a los siguientes:

Entiendo que con la cirugía puede haber sangrado posoperatorio, inflamación, dolor, infección, decoloración facial, sensibilidad temporal o, en ocasiones permanente, en la dentadura al calor, al frío, a los dulces o a las comidas ácidas. Puede presentarse un adormecimiento temporal o permanente de las áreas quirúrgicas que me afecten los labios, el mentón y la lengua, distorsionando posiblemente el sentido del gusto. Entiendo que puedo ver cambios en el aspecto de mis encías. Puede haber una posición diferente en las raíces o espacios entre las piezas dentales de mayor tamaño. También entiendo que puede ser necesario un segundo procedimiento si la cirugía inicial no es completamente exitosa. Entiendo que recibiré un anestésico local mediante una inyección y/u otras medicaciones. En raras ocasiones, los pacientes pueden sufrir una reacción fuerte e impredecible al anestésico, lo cual puede requerir atención médica de emergencia. La medicación puede afectar la capacidad de controlar la deglución. Esto aumenta las posibilidades de tragar objetos extraños durante el tratamiento. Según la anestesia y las medicaciones administradas, es probable que necesite que un conductor que yo designe me transporte a mi casa. Rara vez, como resultado de una inyección, puede haber una lesión nerviosa, temporaria o permanente, que derive en la pérdida de sensibilidad en el mentón, los labios, las encías, la lengua y en una pérdida parcial del sentido del gusto.

Entiendo que el hecho de mantener la boca abierta durante el tratamiento puede dejarme una sensación temporaria de rigidez y dolor en la mandíbula y que puede dificultarme abrir bien la boca durante varios días. En ocasiones, esto puede ser una indicación de otro problema. Debo notificar a este consultorio si se presenta esta inquietud respecto de la función mandibular o de otra índole.

Entiendo que todas las medicaciones tienen el potencial de acarrear riesgos, efectos secundarios e interacciones medicamentosas. Por lo tanto, es crucial que informe a mi dentista acerca de todas las medicaciones y suplementos que esté tomando actualmente, los cuales son:

Entiendo que el hecho de fumar y/o masticar tabaco y/o consumir alcohol puede afectar las posibilidades de que las encías y/o los huesos me cicatricen normalmente y limitar el potencial de un resultado satisfactorio de mi cirugía. Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones de mi dentista en lo que se refiere al cuidado diario de mi boca, dentadura y encías. Alternativas al tratamiento sugerido:

Entiendo que las alternativas al injerto óseo y/o a la cirugía regenerativa incluyen: no recibir tratamiento, no proceder al raspado radicular quirúrgico y al recubrimiento de la encía (raspado y alisado periodontal), con o sin medicación, en un intento por reducir aún más las bacterias y el sarro que se encuentra debajo del margen gingival, los puentes dentales, las dentaduras parciales removibles, y no reemplazar piezas dentales.

**FIRMADO EL/LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

**DECLARO (EXTRACCIÓN):**

Que se me ha explicado que es necesario que se me realice una extracción de uno o más dientes.

Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado/a de que:

El objetivo del tratamiento es extirpar un diente que es irrecuperable desde el punto de vista odontológico o es perjudicial para la salud del aparato masticador (estomatognático). Entiendo que únicamente podrá ser sustituido por una prótesis.

El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. También, que la administración de la anestesia podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara. Asimismo, puede provocar bajada de tensión y mareo.

Aunque me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (considerado oportunos), comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente/molar que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso y requiera un tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del maxilar; que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la extracción. Las complicaciones más frecuentes, generalmente con muy poca trascendencia, son: dolor e inflamación de la zona, aparición de hematomas, pequeños daños en los tejidos blandos de la zona afectada, infección de la herida, etc. Si fuera necesario, se le pautará la medicación precisa. Siga siempre las instrucciones de su odontólogo.

Todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (.....) se pueden aumentar los riesgos.

**FIRMADO EL/LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

**DECLARO (PLASMA):**

El plasma rico en plaquetas autólogo (en adelante PRP) se define como una porción del plasma propio con una concentración plaquetaria superior a la basal obtenida mediante centrifugación. Esta fracción plasmática contiene no sólo un mayor volumen de plaquetas sino también los factores responsables de la coagulación y factores de crecimiento. Los factores de crecimiento son proteínas que produce el organismo humano; son mediadores biológicos que regulan funciones esenciales en la regeneración y reparación de los tejidos tales como la capacidad de atraer y dirigir células hacia el lugar en que son necesarias, la mitosis o división celular para producir células nuevas, el desarrollo de vasos sanguíneos nuevos, la síntesis de matriz extracelular, estimular los tejidos blandos orales, los fibroblastos y la vascularización local; en definitiva, procesos fisiológicos que tienen que ver con la reparación (para obtener una cicatrización) y/o regeneración (para obtener nuevo tejido biológico funcional, no cicatricial).

El tratamiento consiste en obtener una pequeña muestra de sangre (equivalente a la que se extrae para realizar un análisis) mediante kit de extracción, aislamiento y conservación con certificación CE para luego realizar su procesado para disponer de la fracción plasmática (y en ella, las plaquetas). El producto resultante se utilizará para el tratamiento ya sea en su forma líquida y/o gelatinosa en su forma activada y/o mezclada con otros productos combinables, medicamentos o los diferentes tipos de injertos óseos.

Según está dispuesto en el artículo 5 de la Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 6 de noviembre y recogidas en la regulación por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. El uso del plasma autólogo y sus fracciones, componentes o derivados debe ser considerado como un medicamento de dispensación bajo prescripción médica restringida, de utilización reservada a determinados medios especializados que, en todo caso, deberán contar con la autorización de las autoridades competentes. Por lo tanto, deberá ser prescrito por médicos, odontólogos o podólogos con la cualificación adecuada, con experiencia en el tratamiento, con el equipamiento o instrumentación adecuada, y en establecimientos, centros o servicios sanitarios que estén debidamente autorizados de acuerdo con la normativa vigente en las respectivas comunidades autónomas. El prescriptor será responsable de la elección del tipo de plasma autólogo y sus fracciones, componentes o derivados en el marco de las diferentes alternativas terapéuticas para la patología en concreto de que se trate y del cumplimiento de las garantías mínimas exigibles para este tipo de productos así como la demostración de su cumplimiento ante las autoridades competentes en materia de inspección. Estas garantías mínimas exigibles para el uso del plasma autólogo y sus fracciones, componentes o derivados son:

1. Garantías mínimas de calidad en la producción, para lo cual la Agencia y las comunidades autónomas establecerán criterios comunes al respecto tomando como referencia las normas de correcta fabricación.
2. Garantías mínimas de eficacia, respecto a las cuales, dada la escasez de ensayos clínicos de calidad para poder extraer conclusiones, la Agencia en colaboración con expertos y las principales sociedades científicas afectadas establecerá un listado que recogerá: aquellas condiciones en las que exista suficiente evidencia para recomendar el tratamiento con plasma autólogo y sus fracciones, componentes o derivados, aquellas en las que se haya demostrado que el beneficio/riesgo es negativo para las que se recomendará su no uso, y aquellas en las que será necesario realizar los correspondientes ensayos clínicos para aceptar dicho uso.
3. Garantías mínimas de trazabilidad, como medidas precisas de control, vigilancia y trazabilidad que impidan la transmisión de enfermedades infecciosas, de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, en lo que le resulte de aplicación, y de acuerdo, en todo caso, con el informe referenciado en el antecedente de hecho segundo.
4. Garantías mínimas de farmacovigilancia, en virtud de las cuales se deberán comunicar con celeridad a los órganos competentes en materia de farmacovigilancia de cada comunidad autónoma las sospechas de reacciones adversas de las que tengan conocimiento.
5. Garantías mínimas de correcta información sobre este tipo de productos, puesto que, aunque éstos no disponen de una ficha técnica autorizada, el paciente deberá recibir antes del uso del plasma autólogo y sus fracciones, componentes o derivados una información mínima que garantice que se cumple con los requisitos de calidad, los aspectos conocidos sobre su eficacia en la indicación concreta en la que va a ser utilizado, así como las ventajas de aplicar esta terapia sobre otras existentes, los riesgos conocidos y las formas en que cualquier posible reacción adversa puede ser notificada. Este procedimiento está indicado para la patología y/o tratamiento que tiene el/la paciente, consistente en: .....

Se han sopesado y descartado por distintos motivos de los que ha sido informado/a otros procedimientos terapéuticos como: .....

El PRP es un producto directo de su cuerpo, se espera muy pocos efectos secundarios. El PRP se utiliza en numerosos estudios clínicos sobre la curación de las heridas quirúrgicas y crónica sin ninguna manifestación de efectos secundarios graves.

El/La paciente ha sido informado/a y conoce los riesgos estadísticamente frecuentes que puede comportar este tratamiento: En el caso de los factores de crecimiento autólogos no cabe ningún tipo de reacción alérgica por ser éstos del propio paciente. Se puede dar la circunstancia de una alergia o sensibilidad a alguna de las soluciones de precursores que se inyectan; suele ser de escasa relevancia, con manifestación puramente local (rojez, picor, etc.). La solución responsable no será utilizada en las siguientes sesiones. Excepcionalmente debe contemplarse la posibilidad de una reacción alérgica grave. Riesgos relacionados con la extracción sanguínea (en la venopunción, en la manipulación de la sangre extraída, etc.) Infección superficial en la zona de aplicación.

Además de las mencionadas pueden producir interferencias a consecuencia de patología concomitante y/o asociada. Si usted tiene o cree tener alguna enfermedad de transmisión sanguínea debe comunicarlo al profesional para tomar medidas específicas en el tratamiento con PRP.

**FIRMADO EL/LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

## DECLARO (SEDACIÓN CONSCIENTE):

Consiste en la administración de fármacos que producen una sedación que facilita la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. El nivel de sedación es diferente en cada caso. Va desde la simple eliminación del miedo y la ansiedad del/de la paciente, lo que favorecerá su colaboración, hasta su total inmovilidad, que algunos procedimientos requieren.

### CÓMO SE REALIZA:

A través de la vía oral, nasal o intravenosa donde se le administrarán los líquidos y fármacos para proporcionarle el grado de sedación adecuado. Estos procedimientos suelen realizarse en salas especiales o adecuadas para tales procedimientos. Terminado el estudio, si fuera necesario le llevarán a una sala donde se le vigilará hasta su total recuperación. Para la realización de la sedación debe usted guardar el periodo de ayuno que le indicarán.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Los fármacos utilizados le dejarán tranquilo durante el tiempo necesario para la realización del procedimiento. Es probable que al despertar no recuerde nada del procedimiento realizado.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

No experimentará dolor y disminuirá su nivel de ansiedad durante el procedimiento.

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Si usted no acepta la sedación considere que el procedimiento puede ser muy molesto. En el caso de que el/la paciente considere por experiencias anteriores, propias o ajenas, que la sedación no va a ser suficiente, podría solicitar anestesia general. Ello podría implicar demora en su realización.

### QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

#### \* LOS MÁS FRECUENTES:

- Depresión respiratoria (disminución del ritmo de la frecuencia respiratoria).
- Alteraciones leves del ritmo cardíaco.
- Desorientación y trastornos transitorios del comportamiento, somnolencia residual.

#### \* LOS MÁS GRAVES:

- Apnea (ausencia de respiración).
- Broncoaspiración (paso del contenido gástrico o intestinal a los pulmones).
- Reacciones alérgicas (muy raras).
- Alteraciones del ritmo cardíaco.

#### \* LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA \_\_\_\_\_

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional): \_\_\_\_\_

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: \_\_\_\_\_

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente. A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento. También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario) APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE DNI / NIE \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL DNI / NIE \_\_\_\_\_

PROFESIONAL QUE INTERVIENE EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

Anestesista : Dr. FECHA FIRMA \_\_\_\_\_

2.3

### CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña: \_\_\_\_\_ manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.) **FIRMADO EL/LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

## DECLARACIONES Y FIRMAS

### PACIENTE

D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI. \_\_\_\_\_ declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra. \_\_\_\_\_

me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención. También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y doy mi consentimiento para que me realicen dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ FIRMADO:

### FACULTATIVO

Dr/Dra. \_\_\_\_\_

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ FIRMADO:

# CONSENTIMIENTO PARA IMPLANTOPRÓTESIS

Yo,.....mayor de edad y con DNI nº.....

En caso de paciente menor de edad, impedido o incapacitado

Yo, ..... con DNI nº.....

en calidad de padre, madre, tutor/a o representante del paciente.....

## DECLARO (IMPLANTE):

Los procedimientos propios de la prótesis fija implantosoportada van dirigidos a la sustitución de los dientes perdidos mediante aparatología que el paciente no puede retirar por sus propios medios. Este tipo de prótesis vá sujeta sobre implantes y en el momento de su colocación han de estar ya osteointegrados. Es evidente que la función esperable de una prótesis nunca será la misma que la que proporcionaron los dientes naturales. Este procedimiento está indicado para el problema que tiene él/la paciente, consistente en..... Se han sopesado y descartado por distintos motivos de los que ha sido informado/a otros procedimientos terapéuticos alternativos como..... El/la paciente ha sido informado/a y conoce los riesgos e inconvenientes estadísticamente frecuentes que puede comportar este tratamiento:

Problemas de adaptación a la prótesis. Una prótesis fija no deja de ser un cuerpo extraño que se instala en la boca intentando sustituir las funciones dentarias y por lo tanto requerirá un tiempo de adaptación que variará según la situación del paciente y el tipo de prótesis. Requerirá adaptación para la correcta masticación, posibles mordeduras, e hipersalivación en algunos individuos. Estos inconvenientes suelen pasar, pero en algunos pacientes persisten en un grado variable.

Riesgo de no responder a las expectativas estéticas de los pacientes. Es preciso tener claro que estas prótesis, por sus materiales y sistemas de retención nunca podrán igualar la estética de los dientes naturales. Este tipo de prótesis precisan, además, espacios para asegurar la posibilidad de una correcta higiene alrededor de los implantes.

Riesgo de pequeñas zonas de inflamación en la encía alrededor de las coronas. La prótesis es un cuerpo extraño y hay que extremar la higiene en toda la zona, en especial si por motivos estéticos la corona se sitúa parcialmente subgingival.

Riesgo de que se introduzcan restos de alimentos bajo la prótesis o en los espacios vacíos que debe respetar.

Riesgo de fractura de los materiales, despegamiento o aflojamiento de los sistemas de retención de la prótesis con el paso del tiempo. No hay que olvidar que las prótesis dentarias soportan grandes fuerzas masticatorias, y que esto, irremediablemente, afectará a los materiales y requerirá su sustitución.

Riesgo de que el paciente manifieste o desarrolle algún tipo de intolerancia u alergia a los materiales de los que está construida la prótesis. Esta circunstancia es muy rara, difícilmente previsible, y de difícil solución.

Asimismo el Sr/Sra.....por sus especiales condiciones personales (.....) puede presentar riesgos añadidos consistentes en :

El paciente también ha sido informado de que las prótesis fijas implantosoportadas, debido a las fuerzas que soportan y al paso del tiempo, sufrirán deterioros (fisuras, roturas, despegamientos, etc) que harán necesario su renovación periódica. Igualmente ha sido informado de que la propia prótesis facilita la acumulación de placa bacteriana, hecho que puede dañar las encías, y que deberá ser eliminada mediante una detenida higiene de la prótesis y de los dientes remanentes después de cada comida. Para prevenir estas circunstancias se compromete a seguir las instrucciones dadas por su dentista y a someterse a revisiones periódicas, en ningún caso espaciadas más seis meses, y siempre que tenga cualquier tipo de molestia o duda sobre el tratamiento. Estas revisiones, pueden implicar la necesidad de desmontar la prótesis para su completa higiene y reajuste.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

### PACIENTE

D./Dña..... con DNI..... declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra.....

me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención. También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y doy mi consentimiento para que me realicen dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En..... a ..... de..... de 20..... FIRMADO:

### FACULTATIVO

Dr/Dra.....

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En..... a ..... de..... de 20..... FIRMADO: