

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA PERIAPICAL Y APICECTOMÍA

Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL

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 41/2002.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La cirugía oral se hace necesaria para el tratamiento de muy diversas problemas y patologías de la cavidad oral.

Entre dichas patologías se encuentran las lesiones periapicales y de los ápices (raíces) radiculares de los diversos dientes, para cuyo correcto tratamiento se hace necesaria la cirugía periapical.

Como consecuencia de una caries, patología dental o un traumatismo dental se puede producir una necrosis de la pulpa, seguida de una infección crónica en la región apical ó periapical de su raíz, que con el tiempo desarrolla un granuloma periapical y en ocasiones quistes dentarios.

El paso inicial para tratamiento de estas lesiones suele ser la endodoncia (matar el nervio) del diente afectado y, en caso de fracaso de la misma, no resolución completa de la lesión o gran tamaño de la misma, se realiza la apicectomía de todas las raíces afectadas.

La apicectomía es la extirpación del extremo final de una raíz dental, con limpieza de la cavidad residual y obturación y sellado de los conductos radiculares cuando ésta fuese incompleta.

He sido informado y entiendo que la realización de esta intervención NO GARANTIZA la permanencia de la pieza dental en cuestión en mi boca, siendo en ocasiones necesaria la extracción de la misma.

En casos indicados es necesaria la reconstrucción del lecho quirúrgico mediante injertos de hueso, fracción plasmática rica en factores de crecimiento del propio paciente u otros materiales sintéticos, con el fin de asegurar el éxito y viabilidad de los dientes tratados.

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.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

- Alergia al anestésico, o medicaciones utilizados antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma, hemorragia e inflamación postoperatoria de la zona intervenida
- Infección postoperatoria del lecho quirúrgico y/o materiales utilizados.
- Apertura de los puntos de sutura.
- Daño a los dientes vecinos.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- Infección de los tejidos o del hueso.
- Sinusitis.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Fracturas óseas.
- Rotura de instrumental.

RIESGOS ESPECIFICOS EN MI CASO Y OTRAS COMPLICACIONES DE MÍNIMA RELEVANCIA ESTADÍSTICA:

.....
.....

DECLARACIONES Y FIRMAS

PACIENTE O TUTOR LEGAL/FAMILIAR

El/la Médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento/intervención/exploración.

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 dicho procedimiento/intervención/exploración.

Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

D/DªDNI.....

..

En calidad de: **IPACIENTE** **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

Firmado

En Madrid, a de de 20 ...

MÉDICO DESIGNADO POR EL EQUIPO RESPONSABLE

Dr./Dra. RODRIGUEZ CAMPO, FRANCISCO

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.

Firma del Médico responsable

CIAS

REVOCAION DEL CONSENTIMIENTO

En pleno uso de mis facultades, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito. He sido informado de las consecuencias de la suspensión de este, pese a lo cual, quiero revocar el consentimiento previamente otorgado. Para que así conste, firmo el presente documento.

D/DªDNI.....

..

En calidad de: **IPACIENTE** **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

FIRMAS

EL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL RESPONSABLE

EL MEDICO

En Madrid, a de de 20 ...

SI UD. RECONOCE HABER RECIBIDO UNA INFORMACIÓN ADECUADA Y ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE EL PROCEDIMIENTO DESCRITO, PERO REHÚSA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, O QUIERE HACERNOS ALGUNA INDICACIÓN CONCRETA, INDIQUE POR FAVOR, LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN

.....
.....
.....

Nombre y firma del testigo.
.....

Nombre y firma del Médico responsable.
.....

*El apartado "**Declaraciones y Firmas**" aprobado por el Comité Ético para la Asistencia Sanitaria del HUP el 23/02/2014*

11006 10/06/2015 10:57:46

La información contenida en este documento es confidencial y está sometida a la LOPD. Los datos serán incorporados y tratados en el fichero "ARCHIVO DE HISTORIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA", cuya finalidad es "el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del paciente", y no podrán ser cedidos, salvo las previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA" y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la calle Diego de León, 62, de Madrid 28006 (Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).