

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA ABIERTA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La función de una o de las dos Articulaciones Temporo-mandibulares está limitada o comprometida, y/o el dolor puede ser secundario a un número de procesos posibles que incluyen: traumatismo, maloclusión de los dientes, desplazamiento del disco articular, artrosis, artritis, defecto congénito o tumor.

La cirugía que va a realizarse es un procedimiento exploratorio y el tratamiento definitivo estará basado en los hallazgos encontrados en la misma.

El tratamiento quirúrgico puede ser la reparación o extirpación del disco, colocación de un injerto o implante (prótesis), o artroplastia (regularización de las superficies óseas).

En la mayoría de los casos el procedimiento precisa anestesia general, con el riesgo inherente a la misma, que serán informados por su anestesista.

Suele ser necesaria la realización tras la cirugía de ejercicios mandibulares en su domicilio.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mejoría de la funcionalidad articular pre quirúrgica, mejoría de la apertura oral, mejoría de las molestias locales, desaparición o mejoría de los chasquidos articulares, mejoría de la limitación funcional de la articulación.

Frecuentemente, se lo indicará su cirujano en su caso particular, este tipo de alteraciones funcionales se asocian a patologías como el síndrome de dolor disfunción de articulación temporo-mandibular, o la Fibromialgia, que si están asociadas a su problema funcional, no se solucionarán con este procedimiento, aunque pueden mejorar en su aspecto funcional.

En su caso:

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En ocasiones son alternativas dependiendo de la experiencia del centro donde se realiza el tratamiento, o el tipo de patología articular, la realización de cirugía por artroscopia para intentar solucionar su problema.

Se lo indicará su cirujano en su caso:

Otra alternativa puede ser la abstinencia terapéutica, no actuar en este momento y vigilar al paciente esperando la aparición de complicaciones o agravamientos, que serán tratadas según precise en el futuro.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Dolor postoperatorio.
2. Inflamación local.
3. Dificultad a la movilización mandibular transitoria.

4. Dificultad en la alimentación , debido a lo anterior transitoria.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

**RIESGOS FRECUENTES**

1. Hemorragia intra o postoperatoria, que pueda hacer necesaria una "cirugía abierta", para controlarla.
2. Infección local postoperatoria.
3. Zumbidos y chasquidos de oído.
4. Cicatrices externas.
5. Hematoma, inflamación o infección de la glándula parótida, o estructuras adyacentes.
6. Falta de movilidad temporal o permanente del nervio facial, sobre todo de la musculatura de la frente.
7. Alteraciones de la sensibilidad de áreas faciales u orales.

En su caso:

**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

1. Problemas de oído, que incluyen inflamación y/o infección del oído interno, medio o de la membrana del tímpano, resultante en una pérdida parcial o total, transitoria o permanente de la audición o problemas de equilibrio y vértigos.
2. Adherencias, cambios degenerativos o anquilosis de la articulación.
3. Rotura de instrumentos.
4. Maloclusión dental postoperatoria.
5. Trismus (contractura muscular con limitación de la apertura oral).

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA