

<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 MÍNIMAMENTE INVASIVA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR ARTROCENESIS Y ARTROSCOPIA 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 <b>"MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO"</b> 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 artrocentesis de la articulación temporomandibular (ATM) consiste en la introducción dentro de la articulación de una cánula o de agujas a través de las cuales se infiltra con suero realizando un lavado del contenido de la misma. Se puede realizar bajo anestesia local o general.

La artroscopia de la articulación temporomandibular (ATM) puede ser un método diagnóstico y terapéutico. Con ella se visualiza gran parte de las estructuras intra-articulares, y se pueden realizar una serie de técnicas (fijación del disco, retirada de adherencias, infiltración de sustancias terapéuticas), que en un alto número de casos mejoran la sintomatología que se presenta.

En la mayoría de los casos el procedimiento precisa anestesia general, con el riesgo inherente 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 podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

En algunas ocasiones es necesario realizar una intervención complementaria, que consiste en "abrir la articulación", para reconstruir la misma. Suele ser necesario:

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

Mejoría de la funcionalidad articular prequirúrgica, 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 abierta 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 contenerla.
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.
8. Empeoramiento de la sintomatología, que requieren repetición de la artroscopia o "cirugía abierta".

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, que requieren repetición de la artroscopia o "cirugía abierta".
4. Maloclusión dental postoperatoria.

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

##### CONTRAINDICACIONES

Artrosis articular avanzada, o degeneración articular grave.

Además en su caso:

<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			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<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			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<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.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>