

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA ORAL GENERAL ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

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

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

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			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La cirugía oral se hace necesaria para el tratamiento de muy diversos problemas y patologías de la cavidad oral. Entre dichas patologías se encuentran quistes, granulomas, bultos o tumoraciones benignas, lesiones que precisan biopsia para llegar a un diagnóstico, etc. Se realizará una extirpación de los mismos, realizando una reconstrucción local de ser necesaria.

La intervención puede realizarse con anestesia general o local (con los riesgos inherentes a ellas 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.

Para la realización de este tratamiento es imprescindible la colaboración del paciente con una higiene oral muy escrupulosa y con visitas periódicas para control clínico y radiográfico, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podrá provocar resultados inferiores a los esperados.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo principal será solucionar el problema del paciente, y/o intentar llegar a un diagnóstico del mismo. Evitar la formación o crecimiento de quistes o granulomas, evitar los episodios de pericoronaritis alrededor de las piezas dentales afectadas, evitar caries dentales en dientes vecinos, facilitar la realización de procedimientos de cirugía ortognática, evitar dolor o inflamaciones locales o regionales que pueden desencadenar infecciones graves en cavidad oral que se pueden extender al cuello poniendo ocasionalmente en riesgo la vida del paciente, y otros que según su caso particular le indicará su cirujano.

En su caso:

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Controles periódicos hasta aparición de complicaciones. Y llegado el momento de su aparición, reevaluación del caso y así el paciente decidir el tratamiento oportuno, tras asesoramiento de su cirujano oral y maxilofacial.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Inflamación local, dolor variable, dificultades para la alimentación, apertura de la boca, habla, según los casos, durante aproximadamente 3-7 días.

En su caso:

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

1. Persistencia de las lesiones, o molestias , o inflamaciones, dolor, etc. que motivan la consulta para su caso.
2. Además, y en su caso particular el cirujano le hará constar los riesgos específicos en su caso:

RIESGOS FRECUENTES

1. Hematoma e hinchazón de la zona operada.
2. Hemorragia postoperatoria.
3. Apertura de los puntos de sutura.
4. Dolor.
5. Infección de los puntos de sutura.

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

1. Daño a los dientes vecinos.
2. Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
3. Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto en el lado operado).
4. Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
5. Infección de los tejidos o del hueso.
6. Sinusitis.
7. Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
8. Fracturas óseas.
9. Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
10. Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
11. Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.

En su caso:

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

PACIENTE			
D/D ^a			
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
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
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
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
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