

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO IMPLANTES DENTALES

Lugar y fecha _____

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones mas frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que pueda realizarle dicho procedimiento.

El/la que suscribe _____, DNI N° _____, con domicilio en calle _____ otorgo mi consentimiento a la colocación de un implante dental fija en el/los elemento/s N° _____ propuesto por el/la Dr _____.

Asimismo declaro conocer que el objeto del tratamiento es reponer dientes perdidos. Se que alternativamente podría recurrir a prótesis convencionales, de menor costo, pero lo descarto por los beneficios que se pueden obtener con la técnica implantológica. El procedimiento se lleva a cabo en dos fases, una primera en la que se fijan tornillos o laminas al hueso mediante la realización con fresas de un lecho artificial, y una segunda (pasados varios meses) cuando el hueso y el tornillo esta integrados, se coloca un pilar sobre ellos para recibir posteriormente los aditamentos protésicos.

ANESTESIA: la intervención requiere anestesia local cuyos riesgos son: _____

- # Ulceración de la mucosa, dolor,
- # Limitaciones en el movimiento de la apertura de la boca (que puede requerir tratamiento ulterior)
- # Baja de tensión, sensación de mareo
- # Menos frecuentemente: alergias, urticaria, dermatitis de contacto, , edema angioneurotico, fibrilación ventricular, que pueden requerir tratamiento ulterior.

LIMITACIONES

Aunque la técnica se realice correctamente, existe la posibilidad de fracaso por razones biológicas, que puede requerir la repetición de la intervención

RIESGOS TIPICOS

- Procesos edematosos, inflamación, hematomas, dolor, laceraciones en la mucosa del labio o mejilla, o en lengua que no dependen de la técnica ni de su correcta realización
- Posibilidad de lesionar el seno maxilar,
- Sinusitis, que deba ser tratada por un especialista competente;
- Lesiones de tipo nervioso, por afectar terminaciones nerviosas o nervios próximos que generara perdida de sensibilidad en labios, mentón, lengua o encía – según cual sea el nervio afectado-
- Generalmente la perdida de sensibilidad es transitoria, aunque puede llegar a ser permanente,
- Comunicación con las fosas nasales y lesionar raíces de dientes adyacentes, que pueden requerir tratamiento posterior.
- Excepcionalmente, la fractura maxilar que requiera tratamiento posterior.

Firma del Paciente o Representante

Firma del Profesional

Firma Jefe de Equipo

Aclaración

Aclaración

Aclaración

RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos antes descritos, por mis circunstancias especiales (.....) pueden ocurrir los siguientes riesgos:

INDICACIONES

- Es importante mantener una correcta higiene bucal luego del tratamiento.
- La colocación del implante no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario visitar periódicamente al facultativo a y realizar un seguimiento cada ____ meses a los fines de detectar precozmente y tratar con mejor pronóstico la aparición de cualquier complicación
- Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan ulceraciones, alguna anomalía o movilidad del implante.

He comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas.

Se me informó que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento y sin mediar explicaciones. Que el caso clínico puede ser usado por el profesional y/o el equipo para fines didácticos o de investigación, cuidando mi identidad.

Por lo expuesto y las explicaciones verbales manifiesto en este documento mi consentimiento para esta asistencia odontológica.

Firma del Paciente o Representante

Firma del Profesional

Firma Jefe de Equipo

Aclaración

Aclaración

Aclaración