

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA

Lugar y fecha

Diagnóstico:

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más 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 el procedimiento descripto a continuación.

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente que el objeto del Tratamiento de conductos (endodoncia) es la apertura del diente, eliminación de los tejidos que se encuentren en el interior, limpieza, desinfección y relleno del interior del mismo.

El mismo puede ser realizado en una o más sesiones de larga duración dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, entre una sesión y otra se deja una obturación provisoria para proteger el diente en tratamiento, la finalidad del mismo es mantener el elemento dentario en boca.

Una vez finalizado el tratamiento *el diente requerirá una nueva obturación o nueva corona y su costo es independiente del tratamiento endodóntico*, la misma es de mi exclusiva responsabilidad y es fundamental que sea realizada dentro del menor tiempo posible con el fin de sellar el tratamiento.

Técnica y materiales Convenidos:.....

Tratamiento alternativo (Riesgo, Beneficios y Perjuicios):

Aclaro que mi Odontólogo ha examinado mi boca debidamente, que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento y que se ha estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Riesgos típicos

Después de la atención entre una sesión y otra, pueden aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso (aumento del dolor, hinchazón de la cara), que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos.

Hay posibilidades de que los dientes sufran accidentes como fracturas de instrumentos, paso de material obturación o sustancias de irrigación más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fisuras o fracturas dentarias, u otras lo que puede modificar el costo del tratamiento, el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria; esto puede ser producido por variaciones anatómicas, compromiso infeccioso del hueso, calcificación de conductos, destrucción dentaria u otras situaciones anatómicas complejas.

Ocasionalmente el diente puede requerir tratamientos adicionales, como procedimiento de cirugía bucal, que significan un costo y riesgo anexos, sin embargo siempre tendré la oportunidad de decidir la continuidad del tratamiento.

Después de terminado el tratamiento puede producirse un cambio de coloración en el diente, lo cual puede demandar de un tratamiento estético anexo.

Entiendo que mantener mi boca abierta durante el tratamiento, puede hacer que mi mandíbula quede endurecida y adolorida temporalmente, y tal vez me sea difícil abrir bien la boca durante varios días.

Riesgos personalizados

Además de los riesgos antes descriptos, por mi circunstancias especiales hay que esperar los siguientes-riesgos:.....

.....

Indicaciones

- Hasta que la anestesia haya desaparecido, debo ser cuidadoso para así evitar un posible daño inadvertido, a mi labio, lengua o mejilla, que estarán insensibles por un par de horas.
- Evitar aplicar fuerzas desmedidas a la pieza en tratamiento.
- Evitar masticar alimentos excesivamente duros, pegajosos, o hábitos como comerse las uñas, morder lápices, hielo, entre otros.
- Si mi tratamiento ha requerido algún medicamento (antiinflamatorios y/o antibióticos), debo seguir exactamente las indicaciones de la prescripción en cuanto a dosis, frecuencia y días de ingesta incluso si todos los síntomas han desaparecido. De lo contrario la infección podría reagudizar o bien crear una resistencia bacteriana al antibiótico.

Medicación Indicada

Pre- tratamiento:

.....
.....

Durante el tratamiento:

.....
.....

Post- tratamiento:

.....
.....

Consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto.

Usted puede padecer focos infecciosos, infección de otros órganos (corazón, riñón), quistes, tumores, pérdida de hueso, afección de elementos dentarios vecinos, sinusitis odontogenas, problemas masticatorios, fonéticos y estéticos.

La no realización del tratamiento, conllevará a que la sintomatología persista, se agrave e incluso llegar a la extracción de la pieza afectada.

Otros:.....
.....
.....

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anátomo patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el ____/____/____ Hora ____

El/la que suscribe..... DNI N..... con domicilio en calle..... otorgo mi consentimiento para que se me realice el/los tratamientos de conductos, del/de los elemento/s propuesta por el Dr/a.....

.....
Firma del paciente o representante

.....
Firma y sello del profesional