

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ENDODONCIA

de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente:

- ❖ *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*
- ❖ *Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. (BOJA núm.74 de 4 de julio de 1998).*
- ❖ *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE núm.274 de 15 de noviembre de 2002).*

Yo D.....(como paciente), con DNI
núm....., mayor de edad, y con domicilio en.....

o Yo D....., con DNI núm.....,
mayor de edad, y con domicilio en.....
en calidad de (representante legal) de D.....

DECLARO

Que el Odontólogo/Estomatólogo D./Dña.....
me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar el tratamiento
endodóntico de un diente o molar, para los que me ha informado debidamente de los
siguiente:

1. El propósito principal de la intervención es la eliminación del tejido pulpar inflamado o infectado, del interior del diente.
2. El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan el bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer dos o tres horas.

Igualmente me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, más infrecuentemente, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e incluso, excepcionalmente, la muerte. También puede provocar la administración de anestesia urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico, es decir asfixia, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

3. La intervención consiste en la eliminación y el relleno de la cámara pulpar y los tejidos radicales con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente o molar.
4. También me ha informado, de que a pesar de realizarse correctamente la técnica, caba la posibilidad de que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía periapical al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. Igualmente es posible que no se obtenga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una repetición del tratamiento, como en el caso de que el relleno quede corto o largo.

También me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente. Y me ha indicado que es frecuente que el diente o molar en el que se ha realizado la endodoncia se debilite y tienda a

fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intrarradiculares.

5. Me ha informado de que todo acto quirúrgico que lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

He comprendido lo que se me ha explicado por el facultativo de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello,

DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de endodoncia.

En Granada, adede.....

Fdo. El paciente
(o su representante legal)

Fdo. El Odontólogo/Estomatólogo.
Núm. Colegiado.