

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO**SERVICIO DE****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) CIRUGÍA DE CORDALES
(EXTRACCIÓN DE LAS MUELAS DEL JUICIO)**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Consiste en la extracción de una muela del juicio (cordales). Sirve para eliminar tanto los problemas que esté ocasionando actualmente como los que pudiera ocasionar por mantenerlas.

CÓMO SE REALIZA:

Se administra anestesia en la zona por medio de una inyección para eliminar o suprimir la sensación dolorosa (de forma reversible). A continuación se procede a la extracción de la pieza dental afectada y/o de las afectadas.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Se suele producir una sensación de acolchamiento del labio y/o de la cara, que normalmente va a desaparecer en 2 ó 3 horas.

A consecuencia de las maniobras para la extracción se le producirá inflamación y dolor que disminuirá en unos días. En algunas ocasiones, puede haber presión de un nervio que le ocasionará un adormecimiento que durará un tiempo indeterminado.

También puede producirse una herida o llaga dolorosa en el punto de la inyección que puede limitar el movimiento de la apertura de la boca.

Finalmente pueden producirse complicaciones alérgicas, hemorrágicas (sangrado), vasculares y cardiorrespiratorias, llegando a producir excepcionalmente la muerte como consecuencia de la anestesia.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Se eliminarán los signos o síntomas relacionados con la muela del juicio que se extraiga, así como los problemas orales que podrían derivarse por mantener dichas piezas dentales; siendo los más frecuentes la inflamación del tejido que rodea el diente (pericoronaritis aguda), así como la caries del segundo molar por malposición e impactación (diente que no logra salir completamente a través de la encía) y retención de alimentos.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

No extraer la pieza dental implica mantener el riesgo de la persistencia e incluso, aumentar los síntomas o problemas bucales.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**
 - Hematomas (morados) e hinchazón de la zona.
 - Hemorragias postoperatorias.
 - Daño a los dientes vecinos.
 - Infección de los tejidos o del hueso.

- **LOS MÁS GRAVES:**
 - Luxación (desplazamiento y separación de un hueso de su articulación) o alteraciones articulares.
 - Heridas en el interior de la mejilla, lengua o paladar.
 - Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente de los nervios bucales o faciales.
 - Sinusitis.
 - Comunicaciones entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
 - Fracturas óseas.
 - Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
 - Tragado o aspiración de dientes o materiales odontológicos.
 - Rotura de instrumentos.
 - Apertura o infección de los puntos de sutura.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

No debe realizarse la cirugía de cordales en los siguientes casos:

- Cuando hay posibilidades de salida correcta del molar con funcionalidad adecuada.
- Cuando se ha producido una exodoncia de germen dentario (extracción de un conjunto de células que se unen para formar el futuro diente).
- Cuando por patología sistémica concomitante, la exodoncia supone un riesgo inaceptable y las consecuencias superan los beneficios.
- Cuando no hay historia ni evidencia de enfermedad relacionada con el tercer molar.
- Cuando los riesgos quirúrgicos son elevados, incluso de fractura ósea (de huesos).

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

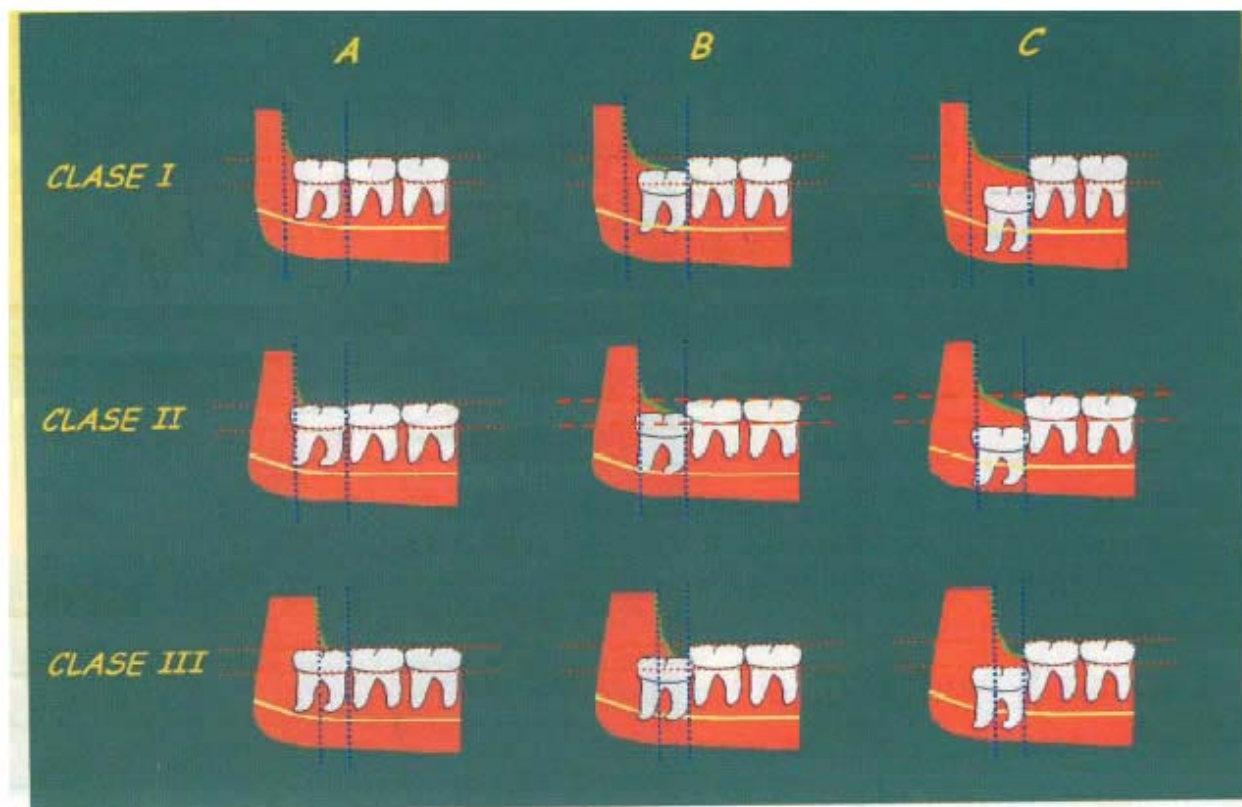
- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)



CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA
------------------	-------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En

a

de

de

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA
------------------	-------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____