

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCAL Y FRENECTOMÍA (LABIAL O LINGUAL)

(Fecha de última versión: 15/11/2011)

1. El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, con el fin de realizar el tratamiento sin dolor y tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer espontáneamente en dos o tres horas.

2. 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. En ocasiones puede producir bajada de tensión y raramente un síncope o fibrilación y, excepcionalmente, fallecimiento.

3. Aunque según se me ha explicado de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidades al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis de contacto o general, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos, puede requerir tratamiento urgente. Uno de los componentes de la anestesia, la adrenalina, puede llegar a favorecer la aparición de una cardiopatía isquémica que debe ser tratada posteriormente.

4. Después de la administración de la anestesia se va a proceder a la FRENECTOMÍA o eliminación del frenillo (labial o lingual), que consiste en la realización de una incisión con bisturí, eliminación del tejido sobrante y sutura de la herida, si así procede.

5. Me han explicado que toda intervención quirúrgica en la boca, aunque de modo infrecuente e incluso impredecible, puede tener riesgos y complicaciones entre las que se incluyen:

- Inflamación.
- Dolor.
- Infección.
- Limitación de la apertura bucal.
- Dehiscencia de la sutura.

6. En el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente:

- Complicaciones nerviosas: anestesia o hipoestesia del nervio anestesiado.
- Rotura de instrumentos.
- Luxación de la mandíbula.
- Daño a estructuras vecinas (dientes o restauraciones).

7. Se me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, o cualquier otra circunstancia ya que pueden suponer una contraindicación para el procedimiento, y así lo he hecho. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, _____) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como _____.

8. Además, el odontólogo me ha informado de las opciones alternativas a este procedimiento.

9. He sido informado de que tras la intervención puede ser necesario tratamiento ortodóncico para corregir la separación de los dientes (en caso de frenillo labial) o logopedia para mejorar la pronunciación (en caso de frenillo lingual).

**SI TIENE CUALQUIER DUDA PREGUNTE,
NOSOTROS LE INFORMAREMOS PERSONALMENTE.**

ACEPTACIÓN/DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO, FIRMAS Y POSIBILIDAD DE REVOCACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE FRENECTOMÍA (LABIAL O LINGUAL)

(Fecha de última versión: 15/11/2011)

FECHA:...../..... /

D./Dña/.....
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

D.N.I.:....., CIP:.....

D./Dña/.....
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/FAMILIAR/PERSONA CON OTRA VINCULACIÓN DE HECHO (en caso de incapacidad del paciente para consentir o denegar, ya sea por minoría de edad (menor de 16 años), incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.) D.N.I.:

NOMBRE DEL PROFESIONAL SANITARIO QUE INFORMA:

D./Dña/.....

Nº COLEGIADO:

Declaro que:

- He sido informado con antelación suficiente y de forma comprensible, de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización sabiendo que puedo revocarlo en cualquier momento firmando la denegación/revocación si llegara el caso.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional

EN CASO DE DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional

Talavera de la Reina, a ____ de ____ de 2 ____