



Clínica Dental
Can Parellada

93 731 78 20

608 297 949

Amèrica 1, 1r | 08228 Terrassa (BCN)

www.dentalcanparellada.es

www.excelenciadental.cat



Aquest document, té una finalitat merament informativa. El dia de la realització del tractament, se li lliurarà el mateix formulari, però personalitzat amb les seves dades i les dades del doctor que li intervindrà, i si tindrà validesa com a consentiment al realitzar la intervenció ara descrita. L'objectiu d'aquest lliurament previ, és que ho pugui llegir detingudament i si té qualsevol tipus de dubte, ens el pugui fer saber amb anterioritat a la intervenció.



TEXT DEL CONSENTIMENT INFORMAT SOBRE LES CIRCUMSTÀNCIES PARTICULARS PER ESTAR EN TRACTAMENT AMB BIFOSFONATS O ANTICOSSOS MONOCLONALS

Per estar en tractament amb bifosfonats o bé anticossos monoclonals, ha de saber que la cirurgia oral o implantològica pot produir una patologia anomenada **osteonecrosi dels maxil·lars**, que consisteix en una necrosi (pèrdua de vitalitat) de l'os maxil·lar o mandibular, que pot ser potencialment greu. Actualment s'estima que aquest risc és petit, però atès el seu potencial de gravetat, l'ha de conèixer: entre un 0,01-0,04%, depenent de les estadístiques (encara que cada vegada són més pessimistes) i depenent d'altres circumstàncies (temps que fa que se li administra el fàrmac i l'associació simultània amb corticoides, que augmenta el risc). El risc d'osteonecrosi és considerablement més gran si el bifosfonat s'administra per via endovenosa.

El risc ja s'inicia abans del 3r any de tractament. Només semblen segurs els primers 3 mesos, en què és convenient sotmetre's a diagnòstic i tractament bucodental exhaustiu.

No obstant això, **no ha d'interrompre el tractament de bifosfonats sense indicació del metge que se'ls va prescriure**, perquè podria empitjorar la seva patologia de base. És especialment important que compleixi meticulosament les pautes del dentista, que extremi la higiene oral els dies posteriors a la cirurgia i acudeixi com més aviat millor a la consulta davant de qualsevol eventualitat que passi i li sembli anormal.

Per tot això, **dono el meu consentiment** perquè se'm faci el tractament indicat. Trobo satisfactòries les explicacions rebudes i comprenc perfectament la finalitat, naturalesa, riscos probables i particulars de la meva persona i les contraindicacions.

Firma pacient:

Firma Dr:

Consulteu-nos si té qualsevol dubte:

 93 731 78 20 |  608 297 949

Pot descarregar-se aquesta informació a:

<https://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/cirugia-bifosfonatos-cat.pdf>