



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 PER A L'ÚS D' ANSIOLÍTICS EN EL TRACTAMENT DENTAL

Aquest document proporciona al pacient informació sobre l'ús d'ansiolítics en procediments dentals. Es detallen els punts següents a tenir en compte:

- 1. Ansiolítics:** Medicaments que redueixen l'ansietat, indueixen el son, alleugen tensions i espasmes musculars, i disminueixen la capacitat de reacció. S'administren per via oral i poden tindre efectes secundaris i riscos variables segons cada persona.
- 2. Contraindicacions:** No s'han d'usar en dones embarassades o lactants, persones al·lèrgiques a la medicació, ni en pacients amb certes condicions de salut com ara obstrucció intestinal o malalties respiratòries (MPOC, sinusitis, refredat o grip).
- 3. Protocol d'Administració:** La dosi s'administra un cop estigui el pacient a la clínica, una hora abans del tractament, un comprimit de 7,5 mg de midazolam. El pacient no podrà conduir després de la medicació a causa dels efectes que causa esmentats al punt 1. Per això haurà de venir acompanyat. Aquesta persona haurà de ser més gran i de la seva confiança. L'efecte pot durar de 6 a 16 hores.
- 4. Alternatives:** S'esmenten altres opcions com l'òxid nitrós, l'anestèsia local, la sedació conscient i la possibilitat de no fer servir sedants.
- 5. Riscos i Inconvenients:** Poden incloure somnolència, alteració del judici, vertigen, nàusees, al·lucinacions, entre altres efectes secundaris. Cal informar-ne qualsevol símptoma inusual.
- 6. Responsabilitats del Pacient:** El pacient ha de complir les cites i recomanacions o instruccions preoperatories o postoperatories i no podrà conduir ni operar maquinària durant 24 hores després del tractament.
- 7. Preguntes del Pacient:** El pacient té dret a preguntar sobre el procediment i aclarir dubtes abans de donar-ne el consentiment.
- 8. Circumstàncies Imprevistes:** El pacient pot designar algú per prendre decisions en cas de circumstàncies imprevistes. Si no ho feu, autoritzeu els metges a prendre decisions basades en el seu judici professional.



Clínica Dental
Can Parellada

93 731 78 20 

608 297 949 

Amèrica 1, 1r | 08228 Terrassa (BCN) 

www.dentalcanparellada.es 

www.excelenciadental.cat 



El pacient signa per autoritzar o rebutjar el tractament, reconeixent que ha rebut tota la informació necessària i ha comprès els riscos i alternatives.

DECLARO que he estat informat de manera clara pel professional responsable, dels riscos del procediment, així com de les seves possibles complicacions i alternatives al procediment ansiolític. Estic satisfet amb la informació rebuda, he pogut formular preguntes i han estat aclarits els dubtes sobre el tractament ansiolític. Per tant, accepto els beneficis que aquesta tècnica em pot reportar.

AUTORITZO al [Nombre dr.] - [nº col.] a realitzar el procediment ansiolític que m'ha estat proposat.

Signatures:

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/dormicum-cat.pdf>