

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 sí 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 IMPLANTS SUPERIÒSTICS

1. El meu metge m'ha explicat els diferents tipus d'implants que s'utilitzen en odontologia i m'han informat de les alternatives a la cirurgia d'implants per al reemplaçament de les meves dents perdudes. També se m'ha informat dels riscos previsibles d'aquestes alternatives.

Entenc quins procediments són necessaris per aconseguir la col·locació dels implants, ja sigui sobre, dins o a través de l'os, i entenc que els tipus més comuns d'implants disponibles són subperiòstics (per sobre de l'os), endossis (dins de l'os) i transostal (a través de l'os).

El tipus d'implant recomanat per a la meua afecció específica són els **subperiòstics**.

També entenc que els implants endossis (més comunament coneguts com a forma d'arrel) generalment tenen els resultats més predictibles. A més, entenc que els implants subperiòstics, si són una opció per a mi, no s'utilitzen àmpliament, però anul·laran la necessitat que tingui l'empelt ossi i altres procediments quirúrgics que serien necessaris per a la col·locació d'implants en forma d'arrel.

Entenc que el risc associat amb l'ús d'un implant subperiòstic és la fallada i pèrdua de l'implant que podria reduir encara més la quantitat mínima d'os existent que tinc ara, requerint empelts ossis més extensos i altres procediments quirúrgics en algun moment futur.

Em comprometo a fer una revisió periòdica segons les recomanacions clíniques, almenys cada 6 mesos. Si no ho faig, per qualsevol motiu, puc posar en perill l'èxit clínic del sistema d'implants. Si els meus implants fallen com a resultat de no mantenir un examen continu i una rutina de manteniment preventiu segons les indicacions del meu dentista, entenc que s'eximeix de tota responsabilitat a aquest professional.

2. A més, se m'ha informat que, si no s'escull cap tractament per reemplaçar les dents que falten o les dentadures postisses existents, el risc de no tractament inclou, entre d'altres:
 - a. Dissolució lenta però progressiva de l'os de la mandíbula de les zones edèntules.
 - b. Qualsevol malestar present o ineficiència masticatòria que pot persistir o empitjorar amb el temps.
 - c. Desplaçament, inclinació i/o extrusió de les dents restants.
 - d. Afluïxament de les dents, malaltia periodontal (geniva i os), possiblement seguida d'extracció/ns.
 - e. Un possible problema d'embús a l'articulació (TMJ/TMD) causat per una mossegada deficient, col·lapsada o inadequada.
3. Sóc conscient que la pràctica de l'odontologia i la cirurgia dental no és una ciència exacta i reconec que no es pot garantir l'èxit de la meua cirurgia d'implants, el tractament i els procediments associats, o els procediments dentals postquirúrgics. A més, sóc conscient que existeix el risc que la col·locació de l'implant falli, la qual cosa podria requerir més cirurgia correctiva associada amb l'extracció. Aquestes fallades i procediments de reparació també podrien implicar l'aplicació de tarifes addicionals.
4. Entenc que l'èxit de l'implant depèn d'una sèrie de variables que inclouen, entre d'altres: la tolerància i la salut del pacient individual, les variacions anatòmiques, l'implant i hàbits com ara fer-se cruixir les dents. També entenc que està disponible en una varietat de dissenys i materials i que l'elecció de l'implant depèn del criteri professional del meu dentista.



5. A més, se m'ha informat dels riscos i complicacions previsibles de la cirurgia d'implants, l'anestèsia i els medicaments relacionats que inclouen, entre d'altres: fallada de l'implant/s, inflamació, inflor, infecció, decoloració, entumiment (d'extensió i durada indeterminades), inflamació dels vasos sanguinis, lesió de les dents existents, fractures òssies, penetració dels sins nasals, cicatrització tardana o reacció al·lèrgica als fàrmacs o medicaments utilitzats. El resultat d'aquest tractament o aquests procediments no és garantible. Entenc que qualsevol d'aquestes complicacions podria ocórrer fins i tot quan tots els procediments dentals s'hagin realitzat correctament.
6. Se m'ha informat que el consum de tabac, alcohol o sucre pot afectar la cicatrització del teixit i pot limitar l'èxit de l'implant. Atès que no hi ha manera de predir amb precisió la capacitat de curació de les genives i els ossos de cada pacient, sé que he de seguir les instruccions d'atenció domiciliària del meu dentista i informar-lo per als exàmens regulars segons les instruccions. A més, entenc que un seguiment correcte al meu domicili, inclòs el raspallat, l'ús del fil dental i l'ús de qualsevol altre dispositiu recomanat pel meu dentista, és fonamental per a l'èxit del meu tractament amb implants. En canvi, l'incompliment de les recomanacions a casa pot contribuir al fracàs del tractament.
7. També m'han informat que existeix un risc mínim que l'implant es trenqui, la qual cosa pot requerir procediments addicionals per reparar o reemplaçar l'implant trencat.
8. Autoritzo el meu dentista a realitzar-me el servei dental, inclosos els implants i altres cirurgies relacionades, com l'augment ossi. Estic d'acord amb el tipus d'anestèsia que s'ha acordat amb mi i els possibles efectes secundaris: local, sedació intravenosa o anestèsia general.

Accepto no conduir un vehicle de motor o dispositiu perillós durant almenys vint-i-quatre (24) hores o fins que estigui completament recuperat dels efectes de l'anestèsia o els medicaments administrats per a la meva atenció.

El meu dentista també ha parlat dels diferents procediments d'emplenament ossi i tipus de material utilitzat, i l'he autoritzat a seleccionar el que cregui que és la millor opció per al meu tractament amb implants.

9. Si sorgeix una condició imprevista en el curs del tractament que requereixi la realització de procediments addicionals o diferents als ara contemplats, i estic sota anestèsia general o sedació intravenosa, a més autoritzo el meu dentista a fer el que ell/ella consideri raonablement necessari i aconsellable donades les circumstàncies, inclosa la decisió de no continuar amb el procediment d'implant.
10. Aprovo qualsevol modificació raonable en el disseny, materials o procediments quirúrgics, si el meu dentista, al seu judici professional, decideix que el millor per a mi és fer-ho.
11. Confirmo que he presentat un informe precís del meu historial mèdic. També he informat sobre reaccions al·lèrgiques o altres reaccions a medicaments, aliments, picades d'insectes, anestèsics, pol·len, pols; malalties de la sang, reaccions de les genives o de la pell, sagnat anormal o qualsevol altra afecció relacionada amb la meua salut física o mental o qualsevol problema experimentat amb qualsevol tractament mèdic, dental o d'atenció sanitària anterior en el meu qüestionari d'historial mèdic.

Entenc que certs trastorns mentals i/o emocionals poden augmentar el risc de fallada o contraindicar el tractament amb implants i, per tant, he marcat expressament SÍ o NO per indicar si he tingut o no algun tractament o teràpia anterior de qualsevol tipus o per a qualsevol malaltia mental o condició emocional.

12. Autoritzo el meu dentista a fer fotografies, diapositives, radiografies o qualsevol altra ajuda visual del meu tractament que s'utilitzarà per a l'avenç de l'odontologia d'implants de qualsevol manera que el meu dentista consideri apropiada. No obstant això, no s'utilitzaran imatges o altres registres que m'identifiquin sense el meu consentiment exprés per escrit.
13. Compréc i entenc que el propòsit d'aquest document és evidenciar el fet que dono el meu consentiment amb coneixement de causa als procediments d'implants recomanats pel meu dentista.
14. Accepto que, si no segueixo les recomanacions i els consells del meu dentista per a la cura postoperatòria, el meu dentista pot acabar la relació dentista-pacient, requerint que busqui tractament d'un altre dentista.

M'adono que l'atenció postoperatòria i el tractament de manteniment són fonamentals per a l'èxit final dels implants dentals.

Accepto la responsabilitat per les conseqüències adverses que resultin de no seguir els consells del meu dentista.



15. Preguntes que tinc per fer al meu dentista:

16. HE LLEGIT I COMPRÈS COMPLETAMENT AQUESTA AUTORITZACIÓ, UN CONSENTIMENT PER IMPLANTAR LA COL·LOCACIÓ I L'ANESTÈSIA, I TOTES LES MEVES PREGUNTES, SI N'HI HA, HAN ESTAT COMPLETAMENT RESPOSTES.

HE TINGUT L'OPORTUNITAT DE PORTAR AQUEST DOCUMENT A CASA I REVISAR-LO ABANS DE SIGNAR-LO. ENTENC I ACCEPTO AMB LA MEVA SIGNATURA A CONTINUACIÓ, QUE DONO EL MEU CONSENTIMENT INFORMAT PER PROCEDIR AMB EL TRACTAMENT.

TERRASSA a _____ de _____ de 20_____ .

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/implantes-subperiosticos-cat.pdf>