

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 MASCARETA DE RELAXACIÓ (SEDACIÓ AMB ÒXID NITRÓS – OXIGEN)

FINALITAT I NATURALESA DEL PROCEDIMENT:

La realització d'alguns procediments o cirurgies orals pot resultar molesta o fins i tot molt dolorosa. Per facilitar la relaxació del pacient i aconseguir una major col·laboració es proposa l'aplicació d'una sedació que, efectuada per odontòlegs o metges estomatòlegs amb la titulació necessària, permet que aquestes intervencions i procediments siguin realitzats amb el màxim confort i seguretat per al pacient.

SEDACIÓ: Consisteix en administrar una barreja de gas medicinal, òxid nítrós i oxigen, que aconsegueix la relaxació del pacient durant la realització del procediment. El pacient està despert, però més tranquil.

Aquest procediment no elimina el dolor i per tant, en els procediments que poden generar dolor ha de ser administrada també anestèsia local.

MOLÈSTIES HABITUALS DERIVADES DEL PROCEDIMENT / RISCOS GENERALS:

Durant el procediment o intervenció, l'odontòleg o metge estomatòleg, a més de realitzar la tècnica anestèsica, controla les seves constants vitals i tracta les possibles alteracions.

En qualsevol procediment amb anestèsia, hi ha riscos i/o complicacions que poden produir-se tant durant la inducció anestèsica, com durant la intervenció quirúrgica.

Aquests riscos i/o complicacions podrien produir alteracions cardíaques, respiratòries, metabòliques, neurològiques, i/o reaccions al·lèrgiques.

La incidència de complicacions en pacients sotmesos a sedació és molt baixa i quan ocorren solen relacionar-se amb sensació de nàusea o vòmits.

RISCOS RELACIONATS AMB LES CIRCUMSTÀNCIES PERSONALS O PROFESSIONALS DEL PACIENT:

Les seves circumstàncies personals poden incrementar, o no, la incidència d'aparició dels riscos esmentats, i també l'aparició d'altres de nous:



M'han informat que aquest procediment està contraindicat en embaràs, obstrucció de vies respiratòries o respiració nasal defectuosa, estats d'hipovitaminosi B12, hipertensió o patologies derivades com accidents vasculars cerebrals, insuficiència cardíaca, hipertensió pulmonar o malaltia pulmonar obstructiva crònica, pneumotòrax o neumomediastí, cirurgies de l'orella mitjana, intervencions oculars i patologia del fons d'ull.

De la mateixa manera m'informen que medicaments com els estupefaents, tranquil·litzants o sedants i l'alcohol poden potenciar l'efecte de la sedació i per tant no és recomanable el seu ús previ.

DECLARO:

M'ha estat lliurat el full informatiu i d'instruccions.

He comprès les explicacions que se m'han donat en un llenguatge clar i senzill. Comprenc en què consisteix i les conseqüències que pot tenir, els riscos i les alternatives.

El facultatiu que m'ha informat, m'ha permès realitzar totes les observacions i m'ha resolt els dubtes que li he plantejat i m'ha comunicat la seva disponibilitat per ampliar la informació en cas de desitjar-ho.

Si sorgeix qualsevol circumstància imprevisible que requereixi una decisió urgent i d'alt risc durant el procés que requereixi, segons la seva opinió, procediments addicionals o diferents a aquells que es preveuen en aquest moment, li sol·licito que procedeixi de la manera que consideri convenient, i li autoritzo a efectuar-los.

CONSENTIMENT:

Un cop he estat degudament informat pel facultatiu de tots els aspectes abans esmentats, expresso de forma lliure, voluntària i conscient, el meu CONSENTIMENT i AUTORITZO a que s'efectuï el procediment terapèutic proposat (sedació) així com la recollida de dades clíniques amb finalitats científiques, coneixent que en qualsevol moment puc revocar lliurement aquest consentiment.

Consulteu-nos si té qualsevol dubte:

93 731 78 20

 608 297 949

Pot descarregar-se aquesta informació a:

<http://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/mascarilla-relajacion-cat.pdf>