

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 PEL TRACTAMENT D'EMBLANQUIMENT DENTAL

Jo,
major d'edat, com a pacient amb DNI N° amb data,
DECLARO que he estat degudament informat/da pel facultatiu
de CLÍNICA DENTAL CAN PARELLADA i, en conseqüència, **AUTORITZO** a que em realitzi el procediment
d'EMBLANQUIMENT DENTAL, havent comprès les següents explicacions que m'ha donat (tant oral com escrites):

1. L'emblanquiment consisteix en un **aclariment de la dent** que pot ser extern o intern. Encara que popularment s'anomeni emblanquiment, la dent s'aclareix i això li dona un aspecte més blanc.
 - L'**emblanquiment intern** es realitza a l'interior de la dent endodonciada, mentre que a l'extern l'agent blanquejador s'aplica a la superfície externa de la dent per un temps i una concentració determinats.
 - L'**emblanquiment extern** es duu a terme en sessions a la clínica i en moltes ocasions requerirà unes sessions addicionals d'emblanquiment a casa/domicili mitjançant fèrules/cubetes individuals, fetes a mida, en les quals s'haurà de dosificar el producte procurant que sigui la quantitat indicada i el nombre de vegades recomanades pel facultatiu i únicament el temps pautat per aquest. No ingerir el gel ja que pot produir alteracions gàstriques.
2. **Contraindicacions:** si és menor de 18 anys, embarassades, en període de lactància o al·lèrgic a peròxids.
3. El tractament d'emblanquiment és **temporal** i la seva **durada** en el temps depèn en gran mesura dels hàbits de cada pacient. Comprenc que, si no segueixo les instruccions lliurades, els resultats del tractament poden variar, així com també poden aparèixer **reaccions adverses** al tractament dental com sensibilitat dental, genives i teixits tous.
4. Segons el color i la condició inicial de les dents, l'**efecte de l'agent blanquejador** serà més gran o més petit. He de saber que el color de les obturacions, resines, empastaments o corones que ja tingui no canvia, per la qual cosa podran veure's diferents del nou color que adoptin les dents després de l'emblanquiment, per això, si cal, potser requereixi substituir-les per completar el tractament i millorar-ne els resultats.
5. Les sessions a la clínica requeriran la **protecció de les genives** mitjançant un gel que s'endureix, tot i així, aquestes podrien irritar-se, podent experimentar sensibilitat de forma reversible.
6. Abans d'iniciar el tractament blanquejador a la consulta es col·loca **una barrera de protecció** a les genives i les dents que no s'hagin de blanquejar, a més d'un separador de llavis.
7. S'utilitzarà un **gel d'emblanquiment** sobre la superfície externa de les dents i/o a l'interior de dents endodonciades a blanquejar. De vegades s'utilitzarà una **làmpada de llum**, així que se'l protegiran els ulls amb unes ulleres.
8. És esperable una **lleu sensibilitat dental** durant o posteriorment al tractament, per la qual cosa possiblement s'apliquin **desensibilitzants** a la clínica o s'indiquin esbandides durant uns dies.



Entenc que tots els **medicaments** tenen potencial de presentar riscos, efectes secundaris i interaccions amb altres medicaments. Per tant, és fonamental que informi al dentista sobre tots els medicaments que està prenent actualment i que quedaran reflectits a la història clínica. Així mateix, comunicar a l'odontòleg les malalties que tingui o hagi tingut, ja que alguna podria afectar el propi tractament.

Entenc que es farà tot esforç raonable per assegurar l'**èxit del tractament** i que es posaran tots els mitjans a l'abast, tot i així, poden no aconseguir-se parcialment les expectatives i els objectius inicials per causes imprevisibles.

Entenc que se m'han explicat totes les **alternatives al tractament** que se'm fa i m'he decidit per aquest perquè és el que més s'ajusta a les meves necessitats, tant sanitàries com a particulars.

Entenc que complir l'**objectiu planificat** del tractament a curt i llarg termini requereix un manteniment adequat. Per això, he de seguir totes les instruccions que se m'han donat.

Durant i després del tractament, ha de deixar els **hàbits** que puguin fer-lo fracassar, com ara la ingesta de vi, cafè i altres begudes, aliments o fins i tot esbandides bucals, així com fumar, ja que podrien tenyir les dents. Se li informará detalladament.

Un cop explicat tot això i donat resposta a totes les preguntes, he entès perfectament els riscos del tractament i, a més, se m'ha ofert una **còpia prèvia** d'aquest consentiment amb antelació suficient per poder llegir-lo. Dono el meu **consentiment** per al tractament i **assumeixo els riscos** anteriorment exposats. Conec que aquest consentiment es pot **revocar** en qualsevol moment.

Manifesto que estic satisfet amb la informació rebuda i que comprenc l'abast i els riscos de l'acte, per això, **DONO EL MEU CONSENTIMENT** perquè se m'efectuï el tractament a dalt indicat.

I, perquè així consti, signo el present original després de llegir.

A TERRASSA, DNI Nº

Signatura del pacient o representant legal:

En cas de negativa per part del pacient a signar el consentiment:

Signatura del testimoni:

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/tto-blanqueamiento-cat.pdf>

