

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 PERIODONTAL DE FASE HIGIÈNICA

Jo,
com a pacient o com el seu representant, amb DNI Nº amb data,
DECLARO que he estat degudament informat/da pel Dr./Facultatiu
de CLÍNICA DENTAL CAN PARELLADA i, en conseqüència, **AUTORITZO** a que em realitzi el procediment terapèutic
d'HIGIENE DENTAL I/O CURETATGE, havent comprès les explicacions següents que m'ha donat (tant orals com
escrites):

1. La malaltia periodontal **no té cura**, sinó que **es controla**; l'os i la geniva que s'ha perdut no es regenera espontàniament. L'estabilització de la malaltia depèn majoritàriament de la **higiene oral** que jo faci diàriament a casa amb raspall, seda dental i altres accessoris que el facultatiu cregui necessaris en el meu cas i de les **visites periòdiques de manteniment** que m'indiquin.
2. Que cal en la meua situació fer una **higiene i/o tractament periodontal de fase higiènica**.
3. Que el propòsit principal del tractament és **l'eliminació o la reducció** dels agents bacterians i factors irritatius en els teixits de suport de les dents (geniva, os), per aconseguir el manteniment de les dents en temps i funció, evitant inflamació i sagnat de la geniva i la conseqüent pèrdua d'os de suport.
4. Que l'acte consisteix en l'eliminació de la **placa bacteriana** i el **càlcul profund** amb aparells sònics o ultrasònics i manuals, mitjançant curetes.
5. Que puc precisar un **estudi diagnòstic complementari** consistent en el sondatge/mesurament de la geniva abans i/o després del tractament per valorar el grau d'inserció dels teixits de suport de les dents. O bé de la realització de **múltiples radiografies, tomografia computaritzada de feix cònic (TAC)** per valorar el grau de pèrdua òssia.
6. Que és possible que després del tractament adverteixi un **augment de la sensibilitat dentària** que normalment desapareixerà, bé espontàniament, bé per tractament posterior.
7. Que és possible que es produeixi un **aparent allargament de les dents**, més perceptible al somriure, com a conseqüència de la desinflamació de la geniva després d'haver-se eliminat els agents bacterians i els factors irritatius.

8. Que la **resposta** al tractament s'ha d'avaluar i per això hauré de visitar el facultatiu periòdicament, i tenir cura especialment de la higiene dental mitjançant les tècniques que m'ha indicat.
9. Que l'**objectiu perseguit** pot no obtenir-se, totalment o parcialment, amb independència de la tècnica emprada i de la seva correcta realització, i que, sense el control de placa, mitjançant la higiene, els objectius perseguits no es poden complir. També és important tenir bons hàbits d'alimentació i de salut en general.
10. Que el tractament que rebré, de vegades, implica l'administració d'**anestèsia local**, que consisteix a proporcionar, mitjançant una injecció, substàncies que provoquen un bloqueig reversible dels nervis de manera que s'inhibeix transitòriament la sensibilitat amb la finalitat de fer el **tractament sense dolor**.
11. En cas d'haver-me **anestesiàt**, tindrè la sensació d'**encoixinament i inflor** del llavi o de la cara, que es pot prolongar fins a un màxim de 8 hores depenent de la quantitat i el tipus d'anestèsic administrat.
12. Que el procediment indicat té la finalitat d'aconseguir un **benefici indubtable**, però, no està exempt de complicacions com les següents:
 - Que durant o després del procediment puc presentar **signes i símptomes** com ara: dolor, sensibilitat al fred, calor o dolços. Empaquetament d'aliments, espais negres entre dents a causa de la pèrdua de l'os i la geniva. Algunes de les dents que actualment presenten mobilitat, poden no millorar i no tornar a la seva posició original i requereixi un altre tipus de tractament.
 - L'administració de l'**anestèsia** pot provocar, al punt en què s'administri la injecció, una petita hemorràgia, hematoma, laceracions, ulceració de la mucosa i dolor, mossegada del llavi o llengua mentre duri el seu efecte, paràlisi transitòria i menys freqüentment, trismus, limitacions en el moviment d'obertura de la boca, baixada de tensió, síncope o fibril·lació ventricular.
 - **Al·lèrgia a l'agent anestèsic**, l'anestèsia pot provocar urticària, dermatitis, asma, edema angioneuròtic (asfíxia), que en casos extrems pot requerir tractament urgent.
13. Si sóc un **pacient fumador**, se m'ha explicat que la cigarreta no només agreuja la malaltia, sinó que també la recuperació post tractament és més lenta i la reactivació de la malaltia és més freqüent; la qual cosa pot afectar en gran mesura el pronòstic de les meves dents i el resultat del tractament. Així com també en pacients amb **diabetis NO controlada**.
14. Que, a causa de les **característiques individuals** de cada persona, entre elles per la capacitat del sistema de defensa, comprenc que no se'm garanteixen ni se m'asseguren els resultats i tampoc és possible preveure totes les **complicacions**, ja que no depenen de la tècnica emprada ni de la seva correcta realització, sinó que poden ser imprevisibles, i en aquest cas el facultatiu prendrà les mesures necessàries per a continuar el tractament.
15. Dono autorització perquè se m'efectuïn **radiografies, fotografies i/o sigui filmada la intervenció** que se m'efectuï. Si en algun moment en què s'hagi de transmetre informació entre facultatius de les meves dades clíniques, fotografies o vídeos, poden ser enviats entre ells de forma directa o a través de correu electrònic, ho autoritzo.
16. He **comprès les explicacions** que se m'han facilitat i el facultatiu que m'ha atès m'ha permès fer totes les observacions i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.
17. Que en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc **revocar el consentiment** que ara presto.

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

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

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:

<http://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/tto-periodontal-higienico-cat.pdf>