

# Realització del tractament d'emblanquinament dental ambulatori



## 1. Identificació i descripció del procediment

L'emblanquinament es realitza amb un gel de peròxid d'hidrogen especialment formulat per a eliminar les taques o decoloracions de les dents naturals. L'alliberament de l'oxigen provoca la descomposició química dels colorants i així fa la dent més clara.

## 2. Objectiu del procediment i beneficis que s'esperen aconseguir

Es pretén millorar l'estètica del color dental.

El principal benefici que es vol aconseguir és una millora o correcció del color natural de les dents.

## 3. Alternatives raonables a este procediment

Tractaments més agressius i irreversibles com màscares o corones de porcellana completes.

## 4. Conseqüències previsibles de la realització

Aclariment en la tonalitat en dents naturals.

## 5. Conseqüències previsibles de la no-realització

En cas que no es realitze l'emblanquinament, el color natural de la dent es manté.

## 6. Riscos

A pesar de l'adequada elecció de la tècnica i de la correcta realització d'esta, es poden presentar efectes indesitjables: dolor a les genives, sensibilitat al fred o a la calor, pulpitis reversibles o irreversibles, retraccions gingivals, etc.

## 7. Riscos en funció de la situació clínica del pacient

Altres riscos o complicacions que podrien aparéixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són .....

.....

.....

.....

# Realització del tractament d'emblanquinament dental ambulatori

## Declaració de consentiment

Nom i cognoms .....

Edat .....

Domicili .....

DNI ..... SIP .....

Nom i cognoms .....

Edat .....

Domicili .....

En qualitat de (representant legal, familiar o acostat del/de la pacient) .....

....., amb DNI .....

Declare:

Que el/la doctor/a ..... m'ha explicat que és convenient/necessari, en la meua situació, la realització de .....

i que he comprés adequadament la informació que m'ha donat.

En ..... a ..... d ..... de 2 .....

Firmat: ..... DNI .....

Firmat: Dr/a ..... DNI .....

Col·legiat .....

## Revocació del consentiment

Revoque el consentiment donat en data ..... d ..... de 2 ....., i no vull prosseguir el tractament, que considere finalitzat.

En ..... a ..... d ..... de 2 .....

Firmat: el/la metge/essa

Firmat: el/la pacient

Col·legiat .....



ESPECIALITAT DE  
CIRURGIA MAXIL·LOFACIAL