

**1. ¿Qué es?** Es una cirugía que se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales como extracción de piezas dentarias o restos incluidos de raíces, apertura mucosa o tracción de dientes retenidos, frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y de pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral.

**2. ¿Cómo se realiza?** La intervención puede realizarse con anestesia general o local con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista. La cirugía oral se utiliza sobre todo para quitar piezas dentarias incluidas o que estén causando dolor o infección, para quitar lesiones precancerosas, para añadir piezas dentarias (implantes), mejorar la colocación de una prótesis. Se espera obtener una mejor colocación de prótesis, mejor función masticatoria, desaparición de dolor e infección, etc.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

▪ **Riesgos frecuentes:**

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Apertura e Infección de los puntos de sutura.
- Daño a los dientes vecinos.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- Infección de los tejidos o del hueso (osteítis).
- Sinusitis.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.

▪ **Riesgos infrecuentes:**

- Fracturas óseas.
- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** tras un periodo de molestias e incapacidad funcional es de esperar la desaparición parcial de la sintomatología que presentaba el paciente y una mejoría en su evolución.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** en caso de no realizarse la intervención en casos de infecciones o tumoraciones cancerosas se podrá llegar a un empeoramiento del paciente en el primer caso y un desarrollo maligno en el segundo caso, y el no hacer cirugía preprotésica conllevaría un peor asentamiento de la prótesis.

**6. Alternativas:** tratamiento ortodóncico, endodoncias y odontología preventiva.

**7. Riesgos en función de su situación:**

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO		
DATOS REPRESENTANTE LEGAL				
APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

**AUTORIZACIONES:**

**Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.**

**Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.**

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**REVOCACIONES:**

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha \_\_\_\_\_

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:**

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

*En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*