



**A INFORMACIÓ / INFORMACIÓN**

ODONTOLOGIA

**1. Identificació i descripció del procediment:**

L'endodòncia és un tractament conservador; es realitza per a eliminar els bacteris patògens i impedir la reinfecció. Els microorganismes i els productes metabòlics tòxics són responsables de l'origen de la necrosi pulpar i de la lesió periapical. Això s'aconsegueix amb la neteja dels conductes radiculars amb instruments apropiats, l'efecte antibacterià de les solucions irrigadores, una obturació hermètica als bacteris dels conductes radiculars i un tancament coronal per a evitar una nova infecció. També es realitza com a tractament previ a l'apicectomia.

Esta tècnica es realitza amb anestèsia locoregional. Serà realitzada per un odontostomatòleg.

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

L'objectiu és la detenció de la infecció, l'eliminació del dolor i la supervivència de la dent o el queixal.

**3. Alternatives raonables a este procediment:**

Únicament l'extracció dental. Els tractaments mèdics només són pal·liatius temporals.

**4. Conseqüències previsible de la seua realització:**

Manteniment de la peça dental afectada i de la seua funció masticatòria.

**5. Conseqüències previsible de la no-realització:**

Si no es realitza l'endodòncia podria ocórrer: dolor intens i/o propagació de la infecció a la zona circumdant, amb el consegüent risc d'abscessos o cel·lulitis i necessitat d'extracció de la dent.

**6. Riscos:**

A pesar de l'adequada elecció de la tècnica i de la correcta realització poden presentar-se efectes indesitjables: dolor, infecció local postoperatoria, hipoestèsia o anestèsia del nervi dentari inferior, lingual, ruptura de l'instrumental, perforació coronària, perforació de l'arrel, perforació de la furcació, sobreextensió, sobreinstrumentació, falsa via en la fase d'instrumentació. També poden ocórrer complicacions en la fase d'obturació, com ara sobreextensió, subextensió, subobturació, fractura d'instruments i esclat radicular.

És possible que després de l'endodòncia la dent canvie de color i s'enfosquisca lleugerament.

Després de l'endodòncia, la dent o el queixal queden debilitats i augmenta el risc de fractura, per la qual cosa pot ser necessari realitzar corones protètiques per a protegir-los.

**7. Riscos en funció de la situació clínica del pacient:**

És necessari que el pacient (pare o tutor) advertisca de les seues possibles al·lèrgies a medicaments, alteracions de la coagulació, malalties cardiovasculars, diabetis, medicaments o qualsevol altra circumstància que pugua complicar la intervenció i augmentar la freqüència de riscos i complicacions.

ODONTOLOGÍA

**1. Identificación y descripción del procedimiento:**

La endodoncia es un tratamiento conservador, se realiza para eliminar las bacterias patógenas e impedir la reinfección. Los microorganismos y los productos metabólicos tóxicos son responsables del origen de la necrosis pulpar y de la lesión periapical. Esto se consigue con la limpieza de los conductos radiculares con instrumentos apropiados, el efecto antibacteriano de las soluciones irrigadoras y una obturación hermética a las bacterias de los conductos radiculares y un cierre coronal para evitar una nueva infección. También se realiza como tratamiento previo a la apicectomia.

Esta técnica se realiza con anestesia loco-regional. Será realizada por un odonto-estomatologo.

**2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar:**

El objetivo es la detención de la infección, la eliminación del dolor y la supervivencia del diente o muela.

**3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:**

Únicamente la extracción dental. Los tratamientos médicos sólo son paliativos temporales.

**4. Consecuencias previsible de su realización:**

Mantenimiento de la pieza dental afectada y de su función masticatoria.

**5. Consecuencias previsible de su no realización:**

Si no se realiza la endodoncia podría ocurrir: dolor intenso y/o propagación de la infección a la zona circundante, con el consiguiente riesgo de absceso o celulitis y necesidad de extracción del diente.

**6. Riesgos:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables: dolor, infección local postoperatoria, hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, lingual, rotura del instrumental, perforación coronaria, perforación de la raíz, perforación de la furca, sobreextensión, sobre instrumentación, falsa vía en la fase de instrumentación. También pueden ocurrir complicaciones en la fase de obturación como sobreextensión, subextensión, subobturación, fractura de instrumentos y estallido radicular.

Es posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente.

Después de la endodoncia, el diente o muela queda debilitado y aumenta el riesgo de fractura, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas para protegerlo.

**7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente:**

Es necesario por parte del paciente (padre o tutor) advertir de sus posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiovasculares, diabetes, medicamentos o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención y aumentar la frecuencia de riesgos y complicaciones.

**A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO
NÚM. SIP / Nº SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

**DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	COM A / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	------------------------------------	-----------------------

**B DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	NÚM. COL·LEGIAT / Nº COLEGIADO
---------------------	--------------	-----	--------------------------------

**C PROCEDIMENT / PROCEDIMIENTO**

NOM DEL PROCEDIMENT / NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

RISCOS ESPECÍFICS EN FUNCIÓ DE LA SITUACIÓ CLÍNICA DEL PACIENT / RIESGOS ESPECÍFICOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

**D DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT / DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**
**DECLARE QUE:**

- el doctor/a m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'este procediment
- he comprés la informació rebuda
- he pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- he sigut informat/ada que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant

**DECLARO que:**

- el doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- he comprendido la información recibida
- he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- he sido informado/a de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto

- Autoritze la realització d'este procediment  
Autorizo la realización de este procedimiento
- No autoritze la realització d'este procediment  
No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / *El paciente / su representante / padre y/o madre (1)* El metge / *El médico*

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**E REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada  
Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / *El paciente / su representante / padre y/o madre (1)* El metge / *El médico*

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. 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

**A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO
NÚM. SIP / Nº SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

**DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	COM A / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	------------------------------------	-----------------------

**B DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	NÚM. COL·LEGIAT / Nº COLEGIADO
---------------------	--------------	-----	--------------------------------

**C PROCEDIMENT / PROCEDIMIENTO**

NOM DEL PROCEDIMENT / NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

RISCOS ESPECÍFICS EN FUNCIÓ DE LA SITUACIÓ CLÍNICA DEL PACIENT / RIESGOS ESPECÍFICOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

**D DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT / DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**
**DECLARE QUE:**

- el doctor/a m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'este procediment
- he comprés la informació rebuda
- he pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- he sigut informat/ada que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant

**DECLARO que:**

- el doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- he comprendido la información recibida
- he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- he sido informado/a de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto

Autoritze la realització d'este procediment  
Autorizo la realización de este procedimiento

No autoritze la realització d'este procediment  
No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / *El paciente / su representante / padre y/o madre (1)*

El metge / *El médico*

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**E REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada  
*Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada*

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / *El paciente / su representante / padre y/o madre (1)*

El metge / *El médico*

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. 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