



**A INFORMACIÓ / INFORMACIÓN**

**ODONTOLOGIA**

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

L'extracció dental es realitzarà quan, a causa de càries, traumatismes o altres causes, la dent estiga tan destruïda que no puga ser restaurada de cap manera, o bé en situacions en què es necessita facilitar l'erupció d'una dent permanent o estiguem davant de la presència d'una dent supernumerària (dent de més) i en siga necessària l'extracció. Falta d'espai com a conseqüència d'un tractament ortopedicortodòncic. Este tractament serà realitzat sempre per un odontoestomatòleg i/o cirurgià maxil·lofacial.

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

Eliminar la dent que es troba afectada de manera irreversible per alguna de les raons anteriors i no pot ser mantinguda en la boca.

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

No hi ha alternativa a l'exodòncia quan es donen les circumstàncies mencionades en el punt 1. Els tractaments mèdics només són pal·liatius temporals.

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

Eliminació d'un focus infecciós, facilitar l'erupció d'una dent, eliminar una dent supernumerària, facilitar la ubicació correcta d'alguna dent.

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

Si no es realitza l'exodòncia, pot produir-se dolor intens, extensió locoregional de la infecció, afectació de l'estat general. Anomalies en la posició eruptiva, apinyaments o altres conseqüències derivades de no realitzar l'exodòncia en el moment adequat.

**6. Riscos:**

Entre els riscos lleus dels processos que comporten necessitat d'anestèsia locoregional, com ara l'exodòncia, els més freqüents són: lesions generalment reversibles dels nervis que donen la sensibilitat a la cara, lesions en les dents veïnes, hemorràgies lleus. De vegades poden haver-hi lesions traumàtiques per rosegada que el pacient realitze sense adonar-se'n durant el temps que romanen adormits els llavis i les galtes a causa de l'anestèsia. Poden ocórrer accidents, com ara hemorràgies durant el procés operatori o postoperatori, ruptura d'alguna part de la dent que requerisca aplicació d'altres tècniques quirúrgiques, dolor d'un o més dies de duració, infecció de l'alvèol dentari que requerisca tractament mèdic i/o raspat. Encara que és poc freqüent, podrien produir-se lesions òssies o de les dents veïnes i inclús fractures dentàries o òssies.

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

Patir al·lèrgies, malalties, com ara diabetis, immunodeficiències, trastorns de la tensió arterial, trastorns de la coagulació, malalties renals, cardiopulmonars, ser portador de pròtesi, haver patit un trasplantament o qualsevol altra malaltia, així com prendre alguna medicació de manera habitual o qualsevol altra circumstància que condicione la situació vital. Totes estes circumstàncies poden complicar el procés terapèutic o dificultar el postoperatori. Qualsevol d'estes situacions haurà de ser comunicada al professional corresponent, i este prendrà les mesures oportunes que siguen necessàries abans de realitzar el tractament odontològic o realitzarà les recomanacions oportunes per al postoperatori.

**ODONTOLOGÍA**

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

*La extracción dental se realizará cuando a causa de caries, traumatismos u otras causas el diente esté tan destruido que no pueda ser restaurado de ningún modo, o bien en situaciones en la que se precise facilitar la erupción de un diente permanente o estemos ante la presencia de un diente supernumerario (diente de más) y sea necesaria su extracción. Falta de espacio como consecuencia de un tratamiento ortopedico-ortodoncico. Dicho tratamiento será realizado siempre por un odonto-estomatólogo y/o cirujano maxilofacial.*

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

*Eliminar el diente que se encuentra afectado de forma irreversible por alguna d las razones anteriores y no puede ser mantenido en la boca.*

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

*No hay alternativa a la exodoncia cuando se dan las circunstancias mencionadas en el punto 1. Los tratamientos médicos sólo son paliativos temporales.*

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

*Eliminación de un foco infeccioso, facilitar la erupción de un diente, eliminar un diente supernumerario, facilitar la ubicación correcta de algún diente.*

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

*Si no se realiza la exodoncia puede producirse dolor intenso, extensión loco-regional de la infección, afectación del estado general. Anomalías en la posición eruptiva, apiñamientos u otras consecuencias derivadas de no realizar la exodoncia en el momento adecuado.*

**6. Riesgos:**

*Entre los riesgos leves, de los procesos que comportan necesidad de anestesia loco-regional como la exodoncia, los más frecuentes son: lesiones generalmente reversibles de los nervios que dan la sensibilidad a la cara, lesiones en los dientes vecinos, hemorragias leves. En ocasiones pueden darse lesiones traumáticas por mordisqueo que el paciente realice sin darse cuenta durante el tiempo que permanecen dormidos los labios y mejillas debido a la anestesia. Pueden ocurrir accidentes tales como hemorragias durante el proceso operatorio o postoperatorio, rotura de alguna parte del diente que requiera aplicación de otras técnicas quirúrgicas, dolor de uno o varios días de duración, infección del alveolo dentario que requiera tratamiento médico y/o legrado. Aunque es poco frecuente, pudieran producirse lesiones óseas o de los dientes vecinos e incluso fracturas dentarias u óseas.*

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

*Padecer: alergias, enfermedades tales como diabetes, inmunodeficiencias, trastornos de la tensión arterial, trastornos de la coagulación, enfermedades renales, cardiopulmonares, ser portador de prótesis, haber sufrido un trasplante o cualquier otra enfermedad, así como tomar alguna medicación de forma habitual o cualquier otra circunstancia que condicione la situación vital. Todas estas circunstancias pueden complicar el proceso terapéutico o dificultar el postoperatorio. Cualquiera de estas situaciones deberá de ser comunicada al profesional correspondiente y éste tomará las medidas oportunas que fueran necesarias antes de realizar el tratamiento odontológico o realizará las recomendaciones oportunas para el postoperatorio.*

**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