



**A INFORMACIÓ / INFORMACIÓN**

**ODONTOLOGIA**

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

L'obtenció consisteix en la remoció del teixit dentari lesionat per mitjà d'instrumental rotatori o manual i el farcit de la cavitat per mitjà de materials restauradors, resines compostes, amalgama de plata o altres. Es realitzen en aquelles dents que presenten lesions de càries, traumatismes, alguns defectes del desenvolupament de l'esmalte o destruccions de la dent en què no hi ha afectació aparent en la polpa dentària (nervis i vasos de la dent). Serà realitzat sempre per l'odontòleg.

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

El propòsit principal dels empastats és impedir que el procés destructiu de la càries continue avançant i destruint teixit dentari, així com aconseguir la rehabilitació funcional i estètica de la dent afectada.

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

En les seues fases incipients, abans que es produísca la cavitació, pot tractar-se per mitjà de procediments de remineralització. Una vegada la lesió presenta cavitació, no hi ha una altra alternativa que no siga la reconstrucció de la dent.

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

La detenció de la progressió o avanç de la lesió i la restauració funcional i estètica, dins de les possibilitats dels materials utilitzats, els quals se seleccionaran segons el criteri del professional, basant-se en l'extensió i característiques de la lesió i en el risc dels pacients.

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

Si l'obstrucció no es realitza, la lesió de càries progressarà a diferent velocitat, depenent del risc d'infecció del pacient, i podrà afectar la polpa dental, produir dolor i/o extensió de la infecció als teixits periodontals amb la possible aparició de flegmons, abscessos o altres processos inflamatoris locoregionals.

**6. Riscos:**

Entre els riscos lleus dels processos que comporten necessitat d'anestèsia locoregional, com ara les reconstruccions, els més freqüents són: lesions generalment reversibles dels nervis que donen la sensibilitat, a la cara, lesions en les dents veïnes, hemorràgies lleus, sensibilitat al fred i a la calor en reconstruccions profundes i flegmons o abscessos per l'afectació polpoparodontal secundària a la infecció de càries. Forma part de les molèsties i efectes secundaris l'aparició de dolor espontani i, en mastegar, sensibilitat al fred i a la calor en dents amb reconstruccions profundes, limitació dels moviments de la mandíbula i alguna dificultat per a mastegar, engolir i parlar, tot això de manera transitòria. De vegades pot haver-hi lesions traumàtiques per rosegada que el pacient realitza sense adonar-se'n durant el temps que romanen adormits els llavis i galtes a causa de l'anestèsia. En alguns casos pot produir-se una lesió irreversible de la polpa (nervi de la dent), i en este cas és necessari instaurar tractament mèdic i, en alguns casos, realitzar un tractament pulpar (endodòncia). Els materials de restauració poden trencar-se, desprendre's o filtrar, per la qual cosa podria haver de substituir-se l'empastat o realitzar un tractament pulpar. També pot fracturar-se la dent, especialment quan la reconstrucció és molt extensa i puga ser necessari realitzar l'exodòncia (extracció) de la dent.

**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 dentista, 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 obturación consiste en la remoción del tejido dentario lesionado mediante instrumental rotatorio o manual y el relleno de la cavidad mediante materiales restauradores, resinas compuestas, amalgama de plata u otros. Se realizan en aquellos dientes que presentan lesiones de caries, traumatismos, algunos defectos del desarrollo del esmalte o destrucciones del diente en las que no existe afectación aparente en la pulpa dentaria (nervios y vasos del diente). Será realizado siempre por el odontólogo.

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

El propósito principal de los empastes es impedir que el proceso destructivo de la caries siga avanzando y destruyendo tejido dentario así como conseguir la rehabilitación funcional y estética del diente afectado.

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

En sus fases incipientes, antes de que se produzca la cavitación, puede tratarse mediante procedimientos de remineralización. Una vez la lesión presenta cavitación, no hay otra alternativa que no sea la reconstrucción del diente.

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

La detención de la progresión o avance de la lesión y la restauración funcional y estética, dentro de las posibilidades de los materiales utilizados, los cuales se seleccionaran según el criterio del profesional en base a la extensión y características de la lesión y al riesgo de los pacientes.

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

Si la obstrucción no se realiza, la lesión de caries progresará a diferente velocidad, dependiendo del riesgo de infección del paciente, pudiendo afectar a la pulpa dental, producir dolor, y/o extensión de la infección a los tejidos periodontales con la posible aparición de flegmones, abscesos u otros procesos inflamatorios loco-regionales.

**6. Riesgos:**

Entre los riesgos leves, de los procesos que comportan necesidad de anestesia loco-regional como las reconstrucciones, los más frecuentes son: lesiones generalmente reversibles de los nervios que dan la sensibilidad, a la cara, lesiones en los dientes vecinos, hemorragias leves, sensibilidad al frío y al calor en reconstrucciones profundas y flegmones o abscesos por la afectación pulpoparodontal secundaria a la infección de caries. Forma parte de las molestias y efectos secundarios la aparición de dolor espontáneo y al masticar, sensibilidad al frío y al calor en dientes con reconstrucciones profundas, limitación de los movimientos de la mandíbula y alguna dificultad para masticar tragar y hablar, todo ello de forma transitoria. 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. En algunos casos puede producirse una lesión irreversible de la pulpa (nervio del diente), en cuyo caso es necesario instaurar tratamiento médico y en algunos casos realizar un tratamiento pulpar (endodoncia). Los materiales de restauración pueden romperse, desprenderse o filtrar, por lo que pudiera tener que sustituirse el empaste o realizar un tratamiento pulpar. También puede fracturarse el diente, especialmente cuando la reconstrucción es muy extensa y pudiera ser necesario realizar la exodoncia (extracción) del diente.

**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 dentista 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