

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO CON INJERTOS CONECTIVOS

---

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ como paciente (en caso de menores o incapacitados consignar el nombre y DNI del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_), ha sido informado/a por el Dr/Dra \_\_\_\_\_ Col nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ sobre los procedimientos clínicos de injertos de tejido conectivo, que constan en el plan de tratamiento que previamente he aceptado, y entiendo el propósito y naturaleza del tratamiento con injertos de tejido conectivo, así como también entiendo la necesidad de emplear un procedimiento quirúrgico para colocar el injerto.

Los procedimientos propios de la implantología oral van dirigidos básicamente a la sustitución de alguna/as raíces dentarias perdidas para que sirvan de soporte a algún tipo de rehabilitación protésica. Ello implica la invasión y manipulación mecánica del medio interno del organismo: incisión y despegamiento gingival, preparación en el hueso, colocación del implante y sutura. Según el tipo de implante y la situación del paciente existen variaciones técnicas que pueden significar tener que dejar en reposo el implante durante un tiempo. Posteriormente se vuelve a acceder al implante a través de la encía y se acoplan los accesorios protésicos necesarios para la confección y colocación de la prótesis.

Este procedimiento está indicado para el problema que tiene el/la paciente, consistente en:

\_\_\_\_\_.

He recibido información de los posibles riesgos y complicaciones involucradas en el procedimiento quirúrgico, uso de medicamentos y anestesia. Algunas de estas complicaciones incluyen dolor, inflamaciones, infecciones, decoloraciones y mordeduras. La duración de estos fenómenos no está determinada, pudiendo ser irreversible, también puede ocurrir daño a dientes preexistentes, fracturas óseas, penetración en cavidades, reacciones alérgicas a medicamentos, dolores de cabeza, dolores referidos, etc.

He sido informado de que no hay ningún método para predecir la completa integración de los injertos, y me han explicado que en caso de no integrarse adecuadamente deben extraerse, por lo que no existen garantías en los resultados que se pueden obtener con estos tratamientos.

He sido informado de los riesgos atribuidos al uso del tabaco y sus derivados, que reducen considerablemente la tasa de éxitos en los tratamientos con injertos.

Acepto la realización de injertos de tejidos conectivos procedentes de bancos de tejidos humanos, utilización de biomateriales y, en general, cualquier técnica quirúrgica que sea necesaria para el éxito de mi tratamiento.

Me han informado de que el plan de tratamiento podría sufrir variación en función de las incidencias quirúrgicas de mi caso, pero, de todas formas, se adaptaría lo más posible a lo previamente diseñado.

Debido a la zona donde se efectuará el tratamiento quirúrgico, se podrán producir además los siguientes riesgos y complicaciones:

Asimismo, el Sr/Sra. \_\_\_\_\_ por sus especiales condiciones personales ( \_\_\_\_\_ ), puede presentar riesgos añadidos en:

El paciente también ha sido informado de que debe seguir los consejos y pautas de tratamiento dados por el profesional y que deberá consultar cualquier eventualidad que ocurra y que le parezca anormal. Además, debe seguir meticulosamente las instrucciones sobre higiene del implante y de la prótesis y acudir a las revisiones periódicas acordadas con el profesional, al menos cada seis meses, y siempre que tenga cualquier molestia o duda sobre el tratamiento.

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_ como paciente (y si procede D/Dña. \_\_\_\_\_ como padre, madre o tutor), he sido informado/a por el Dr/Dra. \_\_\_\_\_.

Comprendo el alcance y el significado de dicha información, y consiento en someterme a los procedimientos quirúrgicos implantológicos incluidos en el plan de tratamiento. También he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento, haciendo frente a los gastos ocasionados hasta ese momento.

Lugar y fecha:

\_\_\_\_\_

El Paciente,  
(Padre, madre o tutor, en caso necesario).  
Testigos (si procede).

El Odontostomatólogo informante.

Sociedad Española de Implantes