



Consentimiento Informado Para
Cirugía De La Articulación
Temporomandibular

Consentimiento Informado Para Cirugía De La Articulación Temporomandibular

Consentimiento Informado – Maxilofacial

Consentimiento Informado Para Cirugía De La Articulación Temporomandibular

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de la
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

INFORMACIÓN

La cirugía correctiva de la mandíbula implica mover toda o parte de la mandíbula superior y/o inferior a una posición más favorable.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento más adecuado.

En la mayoría de los casos, el procedimiento necesita anestesia general, con el riesgo inherente a la misma.

1) **Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar:**

Con esta cirugía se persigue la resolución o mejoría del dolor y la mejoría de la función de la articulación Temporomandibular secundario a un número de procesos posibles que incluyen: traumatismo, mal oclusión, desplazamiento del disco articular, artrosis, artritis, defecto congénito o tumor.

Los beneficios que se esperan alcanzar son: desaparición del dolor, mejoría de la función, aumento de la apertura bucal, desaparición de los chasquidos, etc.

2) **Alternativas razonables a dicho procedimiento:**

El tratamiento conservador, farmacológico es siempre el primer paso. La artroscopia y la artrocentesis suponen la introducción de un tratamiento alternativo a la disfunción articular, intermedio entre la actitud conservadora y la cirugía abierta.

3) **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.

4) **Consecuencias previsibles de su no realización:**

Es muy probable que dependiendo de la causa o patología de base el paciente se quede con la misma sintomatología o que empeore debido a un agravamiento de la misma o a una degeneración ulterior de la articulación.

5) **Riesgos frecuentes:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables: dolor postoperatorio, hemorragia intra o postoperatoria, infección local postoperatoria, problemas de oído que incluyen inflamación y/o infección del oído interno, medio o de la membrana del tímpano, resultante en una pérdida parcial o total, transitoria o permanente de la audición o problemas de equilibrio, zumbidos de oído, hematoma, inflamación o infección de la glándula parótida o estructuras adyacentes, paresia o parálisis temporal o permanente del nervio facial, alteración de la sensibilidad de áreas faciales u orales, adherencias cambios degenerativos o anquilosis de la articulación.

6) **Riesgos poco frecuentes:**

Cicatriz inestética, rotura de instrumentos, empeoramiento de la sintomatología o de la función articular. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención.

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

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

8) Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que en cualquier momento, y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.
Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente: Rut:

Firma del representante legal: Rut:

(Representante legal o familiar responsable).