

**AHOKO KIRURGIARKO INFORMAZIODUN BAIMENA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ORAL**

Sanitateari buruzko 14/85 Lege Orokorra betez PAZIENTEAREAN ESKUBIDEAZ babesteko, Prozedura, Diagnostika eta Terapeutikoan erabilera zuzena egitan laguntzen duen treana bat Izanez

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento que favorece el correcto uso de los Procedimientos, Diagnósticos y Terapéuticos y en cumplimiento de la Ley 14/85, General de Sanidad

Yo, D./D^a.....And./Jn.Hak
(como paciente)

Yo, D./D^a.....And./Jnhonek
(como su representante)

Ahoko kirurgia, ahoko barrunbeako arazo jakin batzuk konpontzeko egiten da. Hona hemen batzuk: hortzen edo erpineko hondakinen erauzketa, hezur-barneka hortzak ahoratzea, ezpainenetako frenuluen plastia, masailezurrekoa, ezpainenetako frenuluen plastia, masailezurreko kiste eta tumore txikien erauzketa, aho barrunbeako tumoreen erauzketa, hortzen ezarpenal eta gehienbat protesi-aurrako kirurgia. Interbentzioa anestesia orokor edo lokaia (bakoitzak dituen arriskuekin) apilkatuz egin ahal izando da. Erabilitako farmakoek kontzientziari aidaketa batzuk sortarazi ahal dizkiotenez ezin izando ditut ekintza jakin batzuk gauzatu. Esate baterako, katxea gidatu. Prozedura guzti hauek zaiantza gabeko onurak dakarzkidate baina ez daude konplikazio batzuetatik salbu. Hona hemen diren batzuk:

- Kirurgia baino lehenago, bitarte neta ondoren erabilitako anestesiko edo beste medikamendu bati alergia.
- Interbenitutako eremuko ubeidura eta/edo edema.
- Operario-osteko odoljarria.
- Joskuraren banaketa.
- Aldameneko hortzei kaltea.
- Beheko hortzeko nerbioaren anestesia edo hipoestesia, behin behinekoa edo betikoa.
- Mihineko nerbioaren anestesia edo hipoestesia, behin behinekoa edo betikoa.
- Operario osteko intekzioa.
- Osteitisa.
- Sinusitisa.
- Komunikazio oronasal eta/edo orosinusala.
- Hezur-hausturak.
- Trencen apurketa.

La cirugía oral se realiza con el fin de resolver determinados problemas de la cavidad oral tales como: extracción de piezas dentarias o restos apicales incluidos, fenestración o tracción de dientes retenidos, plastia de frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral, implantes dentarios y cirugía preprotésica fundamentalmente. La intervención podrá realizarse con anestesia general o local (con los riesgos inherentes a ellas), los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de consciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo. Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo, no están exentos de complicaciones tales como:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma y edema de la región.
- Dehiscencia de la sutura.
- Daño de dientes adyacentes.
- Hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, temporal o definitivo.
- Hipoestesia o anestesia del nervio lingual, temporal o definitivo.
- Hipoestesia o anestesia del nervio infraorbitario, temporal o definitivo.
- Infección postoperatoria.
- Osteitis.
- Sinusitis.
- Comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Fracturas óseas.
- Rotura de instrumentos.

Aurreko informazioa jaso ondoren prozeduraren nolakotasuna eta heburuak ulertu ditudala uste dut. Gaitera.

Doktorearekin izandako elkarrizketan tratamenduaren eraginaz, hitz ulergarriekin informatua izan nazi. Elkarrizketan, nire zalantzak argitzeko aukera izan dut eta nahi izan dudana informazio osagarri guztia jasotzeko ere. Guzti horregatik, tratamenduak izan ahal dituen bai arrisku guztiak bai berorregatik jaso ahal ditudan onurak neurtzeko moduan aurkitzen naizela uste dut.

Eman zaidan informazioarekin ados nagoenez,

BAIMENA EMATEN DIOT Dr
jn/and-ri.....

egin dakidan. Eman dudana baimen hau, prozedura egin aurretik edozein unetan eta inolako azalpenik gabe, baliorik gabe utzi ahal izango dut.

Oharrak:

Behar den tokian jasota gera dadin, irakurri ostean, jatorrizko agiri hau izenpetzen dut, berorren kopia emango zaidalarik.

Bilbon, 20 ko aren (e) an

Pazientearen sinadura:

N.A.N.:

(edo legezko ordezkariarena, ozintasunaren bat batu)

Medikuaren sinadura:

Kolegiatu zk:

Recibida esta información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento así como de sus posibles complicaciones.

Además, en entrevista personal con el doctor he sido informado/a en términos asequibles, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de comprender debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO al Dr**
....., para que se practique la intervención consistente en:

Este consentimiento puede ser revocado discrecionalmente por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones (si proceden):.....

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En Bilbao a de de 20.....

Firma del paciente:

D.N.I.:

(o su representante legal en caso de incapacidad)

Firma del médico:

Nº de colegiado: