

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INJERTO ÓSEO INTRORAL (MENTÓN/RAMA)

D./Dña., con D.N.I.....
como paciente, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente declaro que:

Entiendo que la toma de injerto óseo de los maxilares se realiza para reconstruir procesos alveolares atróficos, para permitir posteriormente la colocación de implantes.

Esta cirugía se realiza con anestesia local (con los riesgos inherentes a la misma) y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades, tales como conducir un vehículo.

Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio (el éxito de los implantes colocados sobre hueso injertado es de aproximadamente el 90%), sin embargo, no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, tales como;

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma y edema de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Dehiscencia de la sutura.
- Anestesia en los dientes inferiores (incisivos y caninos).
- Fracturas óseas.
- Daño de dientes adyacentes.
- Hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior (mentón), temporal o definitiva.
- Infección postoperatoria.
- Dehiscencia mucosa con exposición del injerto a la cavidad oral, contaminación bacteriana pérdida del injerto.
- Reabsorción del injerto que impida la colocación del implante.
- Retracción gingival debido a la realización de colgajos.

He comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento quirúrgico que se me va a practicar. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas y ampliar oralmente la información en entrevista personal con el
por lo que declaro que he sido debidamente informado/a, y en consecuencia, autorizo para que me sea realizada la intervención quirúrgica TOMA Y COLOCACIÓN DE INJERTO DE HUESO INTRAORAL.

Si surgiese cualquier situación inesperada durante la intervención, autorizo a mi cirujano a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las indicadas en este documento, que a su juicio estimase oportuna para mi tratamiento.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**.

En Bilbao, a de de 20

Firma del paciente

Firma del médico

D.N.I.

Nº de colegiado