



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Creada por Ley N° 3198 del 4 de Mayo de 2007

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
"Santo Tomás de Aquino"



Misión: "Formar profesionales altamente competitivos en la práctica odontológica con formación técnico-científica, humanística y de gestión, comprometidos con el desarrollo de la salud bucodental de la región y del país."

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PERIODONCIA I Y II

APROBADO POR RESOLUCION DECANATO N° 08/2018 DE FECHA 16 DE FEBRERO DE 2018

Lugar y fecha: Universidad Nacional de Caaguazú - Facultad de Odontología "Santo Tomás de Aquino" __/__/__

Cátedra de: _____

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que se pueda realizar dicho procedimiento.

El/la que suscribe _____, C.I.C N° _____, con domicilio en calle _____, otorgo mi consentimiento a la realización de un tratamiento periodontal en el/los elemento/s N° _____ propuesto por el/la Dr. _____.

A propósito declaró haber sido informado y haber comprendido acabadamente que el objeto del tratamiento es la eliminación de una sustancia bacteriana conocida como placa dental, la cual es la principal responsable de la enfermedad periodontal, y cálculos, que son acumulación de depósitos duros en el diente por encima o por debajo del margen gingival, el tratamiento requiere un raspado durante el cual se utilizan instrumentos de mano afilados para eliminar los cálculos, las placas y la bacteria; un curetaje, mediante el cual se elimina cualquier tejido necrótico (muerto) y se limpia el área o la cavidad, y un alisado de la raíz, mediante el cual se alisa y se perfila la superficie de la raíz para eliminar los restos y el cemento encontrados en la cavidad periodontal. Es posible que el tratamiento incluya medicamentos o lavajes bucales especiales para ayudar a controlar el crecimiento de la bacteria.

LIMITACIONES

El éxito del tratamiento depende en parte de que usted se comprometa a cepillarse los dientes y usar el hilo dental, cepillo interdental diariamente, a recibir limpiezas regulares según le sean indicadas, a seguir una dieta saludable, a evitar el tabaco y a cumplir con un plan de cuidado en el hogar que se le enseñara en esta cátedra.

RIESGOS TÍPICOS

- Entiendo que mis encías pueden sangrar o inflamarse y que es posible que experimente una molestia durante varias horas que pueden persistir por días, después de que acabe el efecto de la anestesia.
- Entiendo que como las limpiezas incluyen el contacto con bacteria y tejido infectado en mi boca es posible que también experimente una infección, la cual sería tratada con antibióticos.
- Entiendo que mantener mi boca abierta puede causar tumefacción o trismus que pueden persistir por varios días.
- Entiendo que cuando cicatriza mi encía este puede retraerse (encogerse) y dejar expuesta parte de la superficie de la raíz lo que me provocara sensibilidad al calor y el frío.
- Entiendo que dependiendo de mi condición dental actual, problemas de salud existentes, o medicamentos que pueda estar tomando, estos métodos por sí solos tal vez no revertían por completo los efectos de la enfermedad periodontal o prevengan problemas futuros.
- Entiendo que tal vez reciba anestesia local y/u otro medicamento que me pueden provocar alergia o pueda causar daños temporales o permanentes en los nervios, para lo cual requiere una atención médica de emergencia.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos antes descriptos, por mis circunstancias especiales hay que esperar los siguientes riesgos:

Entiendo y he sido informado de que existen posibles riesgos y complicaciones asociados con la administración de anestesia local, sedación y las drogas. El más común de ellas es la hinchazón, sangrado, dolor, náuseas, vómitos, aparición de moretones, hormigueo y/o prolongados adormecimiento de los labios, las encías, la cara y las reacciones alérgicas la lengua, hematoma (inflamación), desmayos, morderse los labios y la mejilla, con ulceración e infección de la mucosa. También entiendo que hay riesgos poco comunes y potenciales, tales como reacciones adversas a los medicamentos, al igual que colapso respiratorio y cardiovascular (parada de la respiración y la función del corazón) y la falta de oxígeno en el cerebro que podrían resultar en coma o la muerte.

RECOMENDACIONES

- Cepillarse después de ingerir cualquier tipo de alimentos.
- Evite comer alimentos duros como frutos secos con cáscara, huesos, etc.
- No desgarrar los alimentos, procure alimentarse con cubiertos para de esa forma ayudar a las piezas dentarias a realizar el menor esfuerzo posible.
- Utilizar el hilo dental y el cepillo interdental como se lo indicó el Dr.
- Realizar los lavajes bucales como le indicó el Dr.

INDICACIONES

- La limpieza se hará periódicamente como lo indique el Dr, preferiblemente cada _____ (mantenimiento).
- Es importante mantener una correcta higiene oral en el resto de los dientes, independientemente de la enfermedad periodontal
- Se debe realizar revisión cada seis meses para comprobar y corregir la inflamación de encías, movilidads dentarias, corrección oclusal.
- Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan alguna anomalía.

He leído las instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento que me ha entregado el Dr. _____ y he comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento.

Asimismo, entiendo que se ha examinado los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas a los planes de tratamiento periodontal, que si no se aplica ningún tratamiento o el tratamiento comenzado es interrumpido o discontinuado, mi enfermedad puede continuar y probablemente empeorar, por lo que me comprometo a regresar a la próxima consulta el día ____/____/____. Hora _____.

Firma del Paciente.

Aclaración:

C.I.C N°:

Firma y sello del Profesional

Firma del Alumno Responsable

Visión: "Ser una institución que se constituya en respuesta a las necesidades en el área de la salud bucodental a nivel regional, nacional e internacional, con una formación, técnica-científica, humanística con alto sentido de responsabilidad y sensibilidad social."

