



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 PRÓTESIS DE CORONAS Y PUENTES II (PRÓTESIS FIJA) 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" __/__/__

Catedra 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 colocación de una prótesis dental fija 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 reponer partes de dientes o dientes ausentes mediante símiles dentarios confeccionados a medida que se cementan a dientes naturales previamente desgastados, a los que cubren o enfundan.

MATERIAL CONVENIDO:

LIMITACIONES

La prótesis fija proporciona una masticación casi natural y un habla adecuada aunque no permite cerrar los espacios que pudieran haberse creado entre los dientes cuando han menguado las encías y al hablar se puede escapar saliva o aire;

Con el tiempo, el proceso de atrofia natural de los huesos maxilares y de las encías deja a la vista las juntas entre dientes y fundas, por lo que estéticamente puede necesitar reemplazo;

Otras causas de sustitución pueden ser: lesiones irreversibles en dientes de sujeción, cambios en los maxilares y en la posición de los dientes naturales.

RIESGOS TÍPICOS

. Impresión de que los dientes artificiales son demasiado grandes o con diferencia en tamaño y forma con los naturales.

. La pronunciación de ciertos sonidos puede resultar un poco alterada,

. Es probable que se muerda fácilmente las mejillas y la lengua,

. Si se le ha cementado la prótesis provisionalmente: se le puede desprender o puede notar ligeras molestias en los dientes que sirven de sujeción con bebidas o alimentos fríos, calientes y dulces.

. Cambio en la coloración de la prótesis fija.

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

. Los primeros días, procure cerrar la boca y masticar con cuidado para no morderse.

. Evite comer alimentos duros como frutos secos con cáscara, huesos, etc.

. Si se le ha cementado la prótesis provisionalmente, es recomendable masticar del otro lado, hacer una dieta semi blanda, prestar atención a la retención de alimentos entre prótesis y los dientes de al lado o la encía y advierta al dentista, antes de cementarla definitivamente.

INDICACIONES

. Lavar la prótesis y la boca después de cada comida y especialmente en profundidad antes de acostarse

. La limpieza se hará: en las partes accesibles, con cepillo dental y pasta dentífrica, entre la prótesis y la encía y entre los dientes con un hilo dental y accesorios indicados por el odontólogo.

. Es importante mantener una correcta higiene oral en el resto de los dientes, independientemente de la prótesis

. Se debe realizar revisión cada seis meses para comprobar y corregir la aparición de caries, inflamación de encías, movilidads dentarias y el estado y ajuste de la prótesis.

. Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan ulceraciones, alguna anomalía o movilidad de la prótesis

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 la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques, por lo que me comprometo a regresar a la próxima consulta el día ____/____/____
Hora _____.

Firma del Paciente.

Firma y sello del Profesional

Firma del Alumno Responsable

Aclaración:

C.I. N°:

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."

