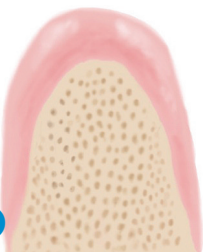
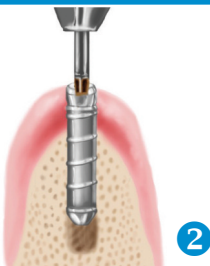


1



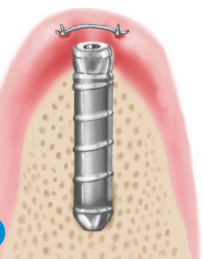
El implante dental permite la reposición de un diente al conseguir sujeción en el hueso, como si fuera una raíz de diente artificial. Por eso es necesario que la encía y el hueso de la zona a tratar estén sanos. En caso de haber tenido que extraer previamente un diente, su odontólogo le indicará el momento preciso para la colocación del implante.

Para colocar el implante es necesario hacer una incisión en la encía, a través de la cual se acceda correctamente al hueso, que es el lugar en el que el implante será alojado. Para ello es preciso crear un lecho con las mismas medidas que el implante mediante el uso de diversos instrumentos rotatorios.



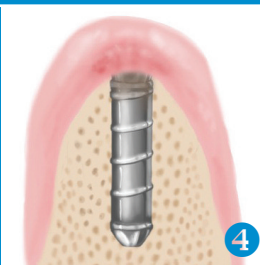
2

3



Una vez que el implante se coloca en la situación debida se dan unos puntos de sutura para favorecer la cicatrización de la encía. El postoperatorio puede acompañarse de inflamación local, por lo que su odontólogo le prescribirá los medicamentos que considere oportunos así como los cuidados de la zona.

El implante quedará en el interior del hueso durante la fase de osteo-integración, en la cual el hueso que rodea al implante se pegará a éste progresivamente. Su odontólogo determinará la duración de este plazo. Cuando transcurra este tiempo se iniciará el procedimiento para colocar una corona sobre el implante.



4

coem 
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y
Estomatólogos de la 1ª Región

C/ Mauricio Legendre 38, 28046 Madrid - Tel. 91 561 29 05 / Fax: 91 563 28 30
www.coem.org.es @dentistasCOEM



CONSENTIMIENTO INFORMADO IMPLANTE DENTAL

Clínica dental:

Dr./Dra.:

Colegiado nº

coem 
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y
Estomatólogos de la 1ª Región

CONSENTIMIENTO INFORMADO IMPLANTE DENTAL

Yo,,

mayor de edad y con DNI nº

En caso de paciente menor de edad, impedido o incapacitado

Yo,, con DNI nº

en calidad de padre, madre, tutor/a o representante legal del paciente.

.....

DECLARO:

- Que se me ha explicado que es necesario que se me coloque uno o varios implantes.
- Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado/a de que:
 - ⇒ El objetivo de la colocación de un implante es la reposición del diente perdido, suponiendo una mejora en la función (masticación), estética y fonación del paciente. Sé que alternatively podría recurrir a prótesis convencionales de menor coste, pero lo descarto por los beneficios que se pueden obtener con la técnica implantológica.
 - ⇒ El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. También, que la administración de la anestesia podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara. Asimismo, puede provocar bajada de tensión y mareo.
 - ⇒ Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que pueden producirse procesos edematosos, inflamación, hematomas, dolor o laceraciones en la mucosa del labio o mejilla o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.
 - ⇒ Raramente pueden producirse comunicaciones con los senos nasales o con las fosas nasales y lesionar las raíces de dientes adyacentes, que pueden requerir tratamiento posterior. Existe incluso la posibilidad de lesionar el seno maxilar y provocar una sinusitis que deba ser tratada posteriormente por el especialista competente.
 - ⇒ Con menos frecuencia e independientemente de la técnica empleada y de su correcta realización, es posible que se produzcan lesiones de tipo nervioso, por afectar a terminaciones nerviosas o nervios próximos, lo que puede generar pérdida de sensibilidad en los labios, mentón, la lengua o la encía, según cual sea el nervio afectado. Generalmente la pérdida de sensibilidad es transitoria, aunque puede llegar a ser permanente.
 - ⇒ Todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (.....) se pueden aumentar los riesgos.
 - ⇒ Aunque la técnica se realice correctamente, existe la posibilidad de que se produzca un fracaso del tratamiento, que pueda requerir la repetición de la intervención en las mismas condiciones o con alguna cirugía previa como el injerto de hueso o la elevación del seno maxilar.
 - ⇒ Entiendo que el tratamiento no concluye con la colocación del implante, sino que es preciso realizar revisiones periódicas y seguir escrupulosamente las normas de higiene que se me han explicado.
 - ⇒ También entiendo que, una vez colocada la prótesis, pueda fracturarse con la consiguiente necesidad de sustituir algún tornillo o componente.
 - ⇒ Se me ha informado que es imprescindible un seguimiento periódico, a fin de detectar precozmente y tratar con mejor pronóstico la aparición de cualquier complicación, como la perimplantitis, una enfermedad e inflamación de los tejidos que rodean el implante.

DECLARACIONES Y FIRMAS

PACIENTE

D./ Dª con DNI

declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra,

me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En a de de 20

Firmado, el/la paciente

REPRESENTANTE LEGAL

D. / Dª con DNI

y domicilio en calle nº

declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra,

me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./Dª dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

En a de de 20

Firmado, el/la representante

FACULTATIVO

Dr/Dra.

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En a de de 20

Firma, nº de colegiado

NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN ☐

REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE ☐

En a de de 20

Firmas:

El paciente

El/la facultativo/a

Colegiado