

## AHOKO KIRURGIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ORAL

### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU                      ARDURADUNAREN                      IZENA:  
..... Data: .....

### B. INFORMAZIOA:

Ahoko kirurgia egiten da ahor-barneko zenbait arazo konpontzeko, zure kasuan:

- Hortz-piezak erauzteak       Hortz-piezen hondarrak erauzteak (zainak barne)
- Mukosa irekidura edo hortz atxikien trakzioa
- Ezpain-frenuluak.
- Masailetakoa kisteak erauzteak       Ahor-barneko tumore txikiak erauzteak.

### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Interbentzio hau anestesia orokorrarekin edo lokalarekin gauza daiteke, eta anesthesiarekin lotutako arriskuez zure anestesistak emango dizu informazioa.

Estatistikoki maizenik gertatzen diren konplikazioak:

- Alergia anestesikoari edo kirurgia egin aurreko, egin bitarteko eta ondoko medikamentuei.
- Alderdiaren hematoma eta hantura.
- Operazio ondoko hemorragia
- Jostura irekitzea.
- Orratzarekin edo anestesia-injekzioarekin min hartzea istripuz mihiko nerbioan edo beheko hortzen nerbioan.
- Hortzetako beheko nerbioaren sentikortasun eza, partziala ala erabatekoa, behin-behinekoa ala behin betikoa (beheko ezpaineiko sentikortasuna).
- Mihiko nerbioaren sentikortasun eza, partziala ala erabatekoa, behin-behinekoa ala behin betikoa (mihikoa eta dastamenekoa).
- Orbita azpiko nerbioaren (masailaren) sentikortasun-falta partziala ala erabatekoa, behin-behinekoa ala behin betikoa.
- Sinusitis. Ahoaren eta sudurraren edo masailezurretako sinuen arteko komunikazioa.
- Hausturak hezurretan. Ondoko hortzei kalte egitea.
- Hortzak lekualdatzea inguruko egituretara (masaileko sinura, ahoko zorura, espazio pterigoidea...).
- Hortzak edo hortz-zatiak irenstea edo xurgatzea.
- Tresnak puskatzea. Anestesiako orratza puskatzea.
- Ehunak edo hezurra infektatzea. Jostura infektatzea.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

### D. ESAN IEZAGUZU:

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketakoa gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

### A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE                      DEL                      MEDICO                      RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....

### B. INFORMACIÓN:

La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, en su caso:

- Extracción de piezas dentarias       Extracción de restos de piezas dentarias (incluidos de raíces)
- Apertura mucosa o tracción de dientes retenidos       Frenillos labiales
- Extirpación de quistes maxilares       Extirpación de pequeños tumores de la cavidad oral.

### C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

La intervención puede realizarse con anestesia general o local con los riesgos inherentes asociados a las mismas, lo que será informado por su anestesista.

Complicaciones estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Apertura de los puntos de sutura.
- Daño accidental con la aguja o con la inyección anestésica en el nervio lingual o en el nervio dentario inferior
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- Sinusitis. Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Fracturas óseas. Daño a los dientes vecinos.
- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas (seno maxilar, suelo de boca, espacio pterigoideo etc...).
- Deglución o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- Infección de los tejidos o del hueso. Infección de los puntos de sutura.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

### D.- AVISENOS:

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones

**E. ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. BESTELAKO AUKERAK:**

Kirurgia ez bada egiten, arriskua ez da joango eta, gainera, ahoko sintomak edo arazoak larrituko dira.

**E.- RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F.-ALTERNATIVAS:**

No realizar la cirugía implica mantener el riesgo de la persistencia e incluso, aumentar los síntomas o problemas orales.

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN**

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente****Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/El/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad****Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....



**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha