**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE URGENCIA/EMERGENCIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

Por recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación (2 de abril) y de la Organización Mundial de la Salud (Orden del Gobierno Nº 3301-A / 2020 ) ante el escenario epidemiológico actual deben evitarse o posponerse todas las actividades de medicina dental, estomatología y odontología que no sean consideradas **URGENCIAS** o **EMERGENCIAS,** a fin de impedir la propagación de la enfermedad, la exposición innecesaria de los profesionales a procedimientos generadores de aerosol (PGA), y promover el cumplimiento de la cuarentena obligatoria por parte de la población hasta que la autoridad gubernamental así lo establezca.

**NATURALEZA DE LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS Y DE ESTE DOCUMENTO**

Como paciente, de acuerdo a la Ley Nacional 26.529 usted tiene derecho a ser informado de los beneficios y de los riesgos derivados de un tratamiento. El propósito de esta información es que usted conozca mejor el tratamiento y pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar el mismo. Ha de saber que es norma de cumplimiento por parte del odontólogo de informarlo y solicitar su autorización.

Este documento complementa el Consentimiento Informado correspondiente al acto clínico requerido para resolver el motivo de urgencia (ej.: apertura cameral, drenaje de lesiones infecciosas, extracciones u otros actos clínicos definidos y autorizados por las entidades competentes en la materia).

**¿QUÉ SE CONSIDERA UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA?**

Las siguientes prácticas pertenecen al grupo de las **emergencias odontológicas**; son potencialmente mortales y requieren tratamiento inmediato para detener el sangrado tisular, aliviar el dolor intenso o la infección:

* Sangrado descontrolado.
* Celulitis o infección bacteriana difusa de los tejidos blandos con edema intra oral o extra oral que potencialmente compromete las vías respiratorias del paciente.
* Traumatismos que involucren huesos faciales, lo que puede comprometer las vías respiratorias del paciente. Las urgencias odontológicas se centran en el manejo de condiciones que requieren atención inmediata para aliviar el dolor intenso y / o riesgo de dolor. Estos padecimientos o cuadros clínicos deben tratarse de la forma más mínimamente invasiva posible.
* Dolor dental por inflamación pulpar.
* Pericoronaritis o dolor de tercer molar.
* Osteítis postoperatoria quirúrgica, alveolitis.
* Absceso o infección bacteriana localizada que resulta en dolor e hinchazón localizados.
* Fractura dental que resulta en dolor o causa traumatismos de tejido blando.
* Traumatismo dental con avulsión/luxación.
* Requerimiento de tratamiento dental antes de procedimientos médicos críticos.
* Corona final/cemento puente si la restauración temporal se pierde, se rompe o causa irritación gingival.

Las siguientes prácticas pertenecen al grupo de las **urgencias odontológicas:**

* Caries dentales extensas o restauraciones defectuosas que causan dolor.
* Eliminación de sutura.
* Ajuste de la prótesis en pacientes con radiación/oncología.
* Ajuste de aparatología ortodóntica fija o removible que este causando dolor o trauma o infección a nivel de tejidos blandos

Todas las otras prácticas odontológicas no incluidas en el listado precedente, **son**

**consideradas de rutina**, y no se clasifican según el Ministerio de Salud de la Nación dentro de las emergencias o urgencias

**FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE URGENCIA/EMERGENCIA**

La finalidad de las actuaciones clínicas durante este período de alarma sanitaria, tienen como objetivo mitigar los síntomas/signos clínicos y NO debe ser interpretado como un tratamiento odontológico con el objetivo de solucionar el problema que los origina.

**CONSIDERACIONES EXCEPCIONALES DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

Ante la situación de emergencia sanitaria que estamos viviendo, se aconsejan por su seguridad y la de los profesionales que lo atenderán las siguientes medidas de seguridad que usted debe conocer:

1. TRIAJE:

Ya sea que usted consulte primero telefónicamente (lo más recomendable), o se presente físicamente en el centro odontológico, el personal sanitario le formulará una serie de preguntas para:

1. Asegurar que el motivo de consulta constituye una urgencia/emergencia odontológica
2. Llevar a cabo una evaluación previa de sus antecedentes para verificar si tiene síntomas compatibles con COVID-19 (fiebre, tos, estornudos, dolor de garganta, conjuntivitis, diarrea, rinitis, etc.). Si existe la sospecha de que usted pueda estar infectado por coronavirus durante este interrogatorio, se deberá suspender cualquier tratamiento y proceder de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud Será referido en ese caso al centro de atenciòn de nivel superior que corresponda. Si a partir de las preguntas del TRIAJE se determina que usted se encuentra asintomático, se lo tratará con las medidas de cuidado indicadas para proceder a su atención
3. Evaluar si su caso puede ser manejado mediante teleconsulta sin necesidad de una intervención cara a cara (ej: prescripción de medicamentos)
4. CONSULTA PRESENCIAL SIN ACOMPAÑANTE,

Exceptuando casos excepcionales (menores de edad o incapacitados), usted deberá concurrir al centro solo. En los casos excepcionales descriptos, se le permitirá estar acompañado por 1 sólo acompañante. Se recomienda acudir con barbijo/Tapaboca000 como efecto barrera.

1. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Deberá lavarse las manos con jabón al entrar, secarse con papel y colocarse alcohol en gel durante 20 segundos. Para una mejor higiene bucal se le indicará, antes de la atención, un colutorio con peróxido de hidrógeno al 1% o povidona iodada al 0,2% durante 30 segundos, que deberá escupir sin enjuagar. Deberá a su vez evitar tocarse la cara, superficies u objetos y no deambular por los espacios comunes, manteniendo siempre la distancia mínima de seguridad (> 1,5 a 2m) entre personas

**LIMITACIONES Y RIESGOS**

* En condiciones normales, los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario.
* En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riego de transmisión infecciosa del virus en la ineludible cercanía física al paciente para los tratamientos dentales, la generación inevitable de aerosoles aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica, además de los necesariamente instaurados a mayores, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión del COVID-19.
* Actualmente el RIESGO BIOLÓGICO del COVID-19 aún NO es perfectamente conocido desde el punto de vista científico.
* Además, aún NO existe VACUNA que permita la inmunización de la población en general o de los grupos poblacionales de riesgo.

**CIRCUNSTANCIAS PARTICULARES DEL PACIENTE QUE CONDICIONAN UN RIESGO ELEVADO DE TRANSMISIÓN DEL COVID-19, CON CONSECUENCIAS GRAVES PARA SU SALUD**

* Embarazo
* Edad avanzada
* Pluripatología asociada (ej: enfermedad respiratoria previa, diabetes, patología cardíaca, entre otras)
* Inmunodepresión

**CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me realicen un procedimiento odontológico de urgencia/emergencia durante la pandemia COVID-19

Además de la información brindada sobre el procedimiento a realizar, consistente en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de Información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Provincia del Chaco, Ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_

**PACIENTE ODONTÓLOGO:**

 Dr.:

D.N.I.: D.N.I.: Nº Matrícula:

Firma: Firma: Firma:

**REPRESENTANTE LEGAL**

D.N.I.:

Firma:

**DENEGACIÓN O REVOCACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, y en contra de la opinión médica del profesional tratante, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/ revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Prov del Chaco, Ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_

**TESTIGO PACIENTE ODONTÓLOGO**

 Dr.: