

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO-PROTESIS COMPLETA

Lugar y fecha _____

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones mas 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 pueda realizarle dicho procedimiento.

El/la que suscribe _____, DNI N° _____, con domicilio en calle _____ otorgo mi consentimiento a la colocación de una prótesis dental _____ completa, propuesta por el/la Dr/a _____.

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente que el objeto del tratamiento es reemplazar los dientes naturales perdidos y rehabilitar las estructuras óseas que se van atrofiando a lo largo del tiempo tras la pérdida de los dientes.

MATERIAL CONVENIDO: _____

LIMITACIONES

Al carecer de sujeción al hueso, estos aparatos experimentan una cierta movilidad al comer, sobre todo el inferior. Una limitación estética derivada de esta inestabilidad, es que en prótesis completas los dientes anteriores y superiores no siempre pueden montarse sobre los anteriores e inferiores, sino que los bordes cortantes tienen que estar a la misma altura que la cara triturante del resto de los dientes, por eso cuando existen dientes naturales anteriores e inferiores, los dientes de la prótesis superior suelen ser mas cortos que los originales.

RIESGOS TIPICOS

- Sensación extraña de ocupación,
- Mas producción de saliva de lo normal,
- Disminución del sentido del gusto,
- Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos,
- Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua,
- Algunas molestias en las zonas donde apoyan las prótesis, sobre todo a la altura de los bordes,
- Probablemente se muevan mucho al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados
- Probable cambio de color

RIESGOS PERSONALIZADOS

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

RECOMENDACIONES

- Los primeros días, procure cerrar la boca y masticar con cuidado para no morderse y sobrecargar las encías.
- Inicialmente, mastique suavemente alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos mas consistentes.

INDICACIONES

- Lavar la prótesis y la boca después de cada comida.
- Una vez al día, limpiar la prótesis con cepillo especial y un poco de pasta dentífrica o jabón, para evitar la formación de sarro. Después aclárelas con agua.
- Es aconsejable que se de masajes en las encías para mejorar su riesgo sanguíneo y prevenir en lo posible su reabsorción.
- Se debe realizar revisión cada seis meses para efectuar correcciones adaptativas requeridas por las modificaciones que sufren las encías.
- Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan molestias en las encías que no desaparezcan al cabo de cuatro o cinco días.

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 formula 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 o Representante

Firma del Profesional