

RN 13051



Colexio Profesional
de Hixienistas Dentais
de Galicia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE TARTRECTOMÍA

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

D/D^a: H. Flor Trejeda Serodio con

D.N.I. 36135711C como paciente (padre/madre, tutor/tutora o representante legal) en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente

DECLARO que:

El/la Higienista, D./D^{ña} LARA RCUA SARA me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la aplicación del tratamiento de Tartrectomía dándome la siguiente información:

- El propósito principal del tratamiento tiene como finalidad la eliminación de los factores irritativos e infecciosos locales (cálculo dental o masa mineralizada adherida a la superficie de los dientes y su margen gingival libre y placa bacteriana) para conseguir el mantenimiento de los dientes en tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida de hueso y caída de los dientes.
- El sarro o cálculo es un factor irritante que en el caso de no eliminarlo dará lugar a una inflamación de las encías (gingivitis y periodontitis) que se manifestara con dolor, hinchazón y sangrado de las mismas y que llega a afectar a los tejidos de soporte de los dientes.
- La técnica se lleva a cabo mediante un aparato de ultrasonidos que produce una vibración que hace desprender el cálculo del diente o bien de forma manual mediante instrumental específico. Aunque no es una técnica dolorosa, si puede resultar en algunos casos molesta dependiendo de la sensibilidad dentaria de cada persona.
- También se realizará la remoción de manchas dentales extrínsecas y pulido especializado con pasta abrasiva, o bien mediante un aeropulidor con el sistema a base de bicarbonato de sodio a presión.
- El tratamiento, en principio, no necesita la administración de anestesia local. En caso de necesitarla, se podrá administrar vía tópica, administrando benzocaína en gel difundándose a través de la mucosa, para aliviar levemente el dolor provocado por la sensibilidad dental.

ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D^a: _____ con
D.N.I. _____ como paciente (padre/madre, tutor/tutora o representante
legal) REVOCA el consentimiento prestado con fecha __/__/__ ante el Higienista Dental
informante D/D^a _____, no deseando proseguir
en tratamiento propuesto.

Firma del/de la Higienista

Firma del/de la paciente, padre/madre, tutor/tutora o
representante legal

D/D^a _____

D/D^a _____

En _____ a _____ de _____ de _____