

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RESTAURACIÓN ATRAUMÁTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842. RD N°/2020/INSNSB)

Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas- Odontología

Procedimiento: Restauración Atraumática para el Tratamiento de Caries Dental _____

Diagnóstico:

Caries de dentina – Piezas: _____ Total ____ piezas

Otros: _____ Total ____ piezas

Descripción del Procedimiento (PRAT)

El PRAT es un procedimiento preventivo-restaurador, mínimamente invasivo, que consiste en la resección del tejido dentario cariado, utilizando únicamente instrumentales manuales, y en la restauración de la cavidad con un material restaurador adhesivo, el cemento ionómero de vidrio. Este material, además de detener o disminuir la progresión de la lesión cariosa, también puede ser utilizado como sellante de fosas y fisuras para prevenir que se continúe con el desarrollo de lesiones cariosas.

Objetivos del Procedimiento

- Detener el avance de la caries mediante el uso de materiales que liberen flúor y tengan la capacidad de remineralizar la dentina afectada.
- Mantener en cavidad bucal las piezas dentarias deciduas asintomáticas hasta el momento de su exfoliación.
- Promover la remineralización de la dentina afectada en dientes permanentes.

Beneficios Esperados

- Preservación de la vitalidad pulpar.
- Recuperación de la función masticatoria.
- Regeneración de la dentina dañada.
- Menor trauma para el paciente pediátrico.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Desgaste notable del material restaurador.
- Fracturas dentro de la restauración.
- Pérdida total o parcial de la restauración.
- Desarrollo de caries en los márgenes de la restauración.
- Dolor dental al masticar.

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Pulpitis irreversible.
- Necrosis pulpar.
- Absceso dental.

Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica

- Comunicación con el tejido pulpar.
- Pulpitis.
- Foco infeccioso activo en cavidad oral.
- Requerimiento de tratamiento de conducto en las piezas dentarias.

Posibilidad de Tratamiento Alternativo

- Aplicación de Flúor diamino de plata.
- Restauración con resina.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

- Reacción alérgica a algún componente del material restaurador.

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

- Asistir a controles cada 6 meses.
- En caso de desprendimiento inmediatamente acudir a Consultorio de Odontología del INSN San Borja para reparar la restauración.
- Evitar masticar alimentos de consistencia muy dura.
- En caso de existir dolor acudir al Consultorio de Odontología del INSN San Borja.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico de Caries de Dentina – Piezas: _____ Total _____ piezas. Otros: _____.

Declaro:

Que el Cirujano Dentista, _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **Procedimiento de Restauración Atraumática para Tratamiento de Caries Dental** – Piezas: _____ Total _____ piezas. Otros: _____, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de Restauración Atraumática para Tratamiento de Caries Dental – Piezas: _____ Total _____ piezas. Otros: _____, a favor de mi representado.



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

San Borja, de del 20.....
Hora:: horas

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° _____

RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha _____ para la realización del **Procedimiento de Restauración Atraumática para Tratamiento de Caries Dental** – Piezas: _____ Total _____ piezas. Otros: _____, y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

San Borja, de del 20.....
Hora:: horas

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° _____

RNE _____



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

