



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL INJERTO ÓSEO ALVEOLAR PARA EL TRATAMIENTO DE DEFECTOS ÓSEOS A NIVEL DE REBORDE ALVEOLAR

(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°..... /20/INSNSB)

Procedimiento: Injerto Óseo Alveolar

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

Diagnóstico: Defecto óseo a nivel del reborde alveolar (encía y piso nasal) por fisura alveolo palatina o secuela de un traumatismo o patología previa.

Descripción del Procedimiento

El injerto óseo es un procedimiento quirúrgico que consiste en la colocación de hueso propio del paciente o no, dependiendo del caso, con necesidad de membrana, para el tratamiento de defectos alveolares por patología previa, posterior a un traumatismo o infección que ocasione pérdida de piezas dentarias.

Objetivos del Procedimiento

Proporcionar tejido óseo adecuado, brindando continuidad y estabilización del reborde alveolar, permitir la tracción de piezas dentarias y/o posibilidad de colocación de implantes óseos integrados a futuro para una congruencia adecuada de arcadas dentarias.

Beneficios Esperados

Cierre de la fisura o fístula alveolar.

Relleno del defecto óseo con hueso del propio paciente o material heterólogo (sustituto óseo).

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

Dolor, sangrado, infección, dehiscencia de herida operatoria, daño a piezas dentarias adyacentes, pérdida parcial o total del injerto según el caso, fístula.

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

Broncoespasmo, desequilibrio hidroelectrolítico, tromboembolia, paro cardio-respiratorio, desorden cerebro vascular, muerte.

Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento quirúrgico

Persistencia del defecto mucoso y óseo con limitación para la rehabilitación oral.

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

No Hay Tratamiento Alternativo.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente

Granuloma, cicatriz queloides, reabsorción, fístula en el área receptora, dolor en el área donadora.

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

Limpieza diaria y posterior a la ingesta de alimentos y cumplir con citas por consulta externa.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

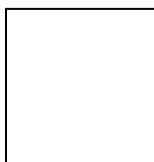
Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico: _____

Declaro:

Que el Cirujano Dentista _____ con COP N° _____, y con RNE N° _____ de la especialidad de Odontología, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento quirúrgico de **Injerto Óseo Alveolar**, 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 que se realice el procedimiento quirúrgico de **Injerto Óseo Alveolar**, para tratamiento de _____, a favor de mi representado.



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

Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

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 quirúrgico de **Injerto Óseo Alveolar** para tratamiento de y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



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

Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° _____
RNE N° _____