

**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRATAMIENTO DE CONDUCTO**

Lugar y fecha.....

Declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente la conveniencia del Tratamiento de Conducto, proceso por el cual se remueve el nervio (pulpa dental) infectado, dañado o muerto del diente, como alternativa a la extracción de dicho elemento y las consecuencias de no llevar a cabo dicho tratamiento, así como las complicaciones que pueden asociarse con el tratamiento de conducto, las cuales incluyen (aunque no se limitan) a las siguientes:

- ◆ Molestias post-operatorias que pueden durar desde unas horas hasta varios días y para lo cual se administrara medicación en caso de ser necesario.
- ◆ Tumefacción post-operatorio del área gingival en la vecindad del diente tratado o tumefacción facial, las cuales pueden persistir durante varios días.
- ◆ Infección, para las cuales se indicara medicación.
- ◆ Trismus, (limitación de la apertura de la boca), que usualmente dura algunos días pero puede persistir durante un periodo más prolongado.
- ◆ Fracaso del tratamiento. Si el tratamiento fracasa puede ser necesario un nuevo tratamiento, una intervención quirúrgica del extremo radicular (apicectomia), eliminación de la raíz afectada (radectomia) o la extracción del diente tratado
- ◆ Ruptura de los instrumentos endodonticos en el interior del conducto durante el tratamiento, doy mi consentimiento para que el profesional actúe del modo mas conocido, dejar los restos en el conducto tratado o realizar una intervención quirúrgica con el fin de extraerlos, por el exclusivo interés de mi salud.
- ◆ La perforación del conducto radicular con instrumentos, lo que puede requerir un tratamiento correctivo quirúrgico adicional o traer como consecuencia la perdida o extracción prematura del diente.
- ◆ Perdida prematura del diente como consecuencia de enfermedad periodontal progresiva en el área circundante
- ◆ El diente después de tratado endodónticamente esta mas expuesto a posibles fracturas por lo que debe ser restaurado adecuadamente entre 8 a 15 días de transcurrida la intervención endodóntica aunque esto no garantice o prevenga las fracturas.

Indicaciones:

Medicación Indicada:

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anatómo-patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud.

Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento.

El/la que suscribe.....
fecha de nacimiento..... DNI N°.....
con domicilio.....
otorgo mi consentimiento al tratamiento de conducto en el elemento N°.....
propuesto por el/la Dr

Firma del paciente o Representante

Firma del Profesional