

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ARTROCENTESIS DE LA
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

* Nombre del paciente

.....

* Nombre del médico que le informa

.....

* Fecha:

.....

.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

La Artrocentesis de la Articulación Temporomandibular, puede ser realizada con fines diagnósticos y/o terapéuticos (tratamiento del dolor, aumento de la apertura bucal, etc..). Consiste en la punción, extracción de material y lavado de la articulación temporomandibular. Dependiendo del objetivo se infundirá el medicamento apropiado. La intervención se realiza bajo anestesia local.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Complicaciones poco graves y frecuentes:

Dolor. Hemorragia o hematoma en la zona que requiera cirugía posterior. Infección local que requiera antibióticos. Zumbido de oído. Alteraciones de la sensibilidad o acorchamiento de áreas faciales u orales. Infección del oído o pérdida transitoria de la audición

Complicaciones graves y poco frecuentes:

Paresia o parálisis, temporal o permanente del nervio facial. Empeoramiento de la sintomatología que requiera repetición de la artrocentesis o cirugía abierta. Adherencias, cambios degenerativos o anquilosis postartrocentesis de la articulación. Pérdida parcial o total de la audición. Trastornos del equilibrio.

POSIBLES ALTERNATIVAS:

.....

.....

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

.....

Declaro que he sido informado por los médicos de los riesgos de la intervención y que me han explicado las posibles alternativas.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

**En consecuencia doy mi consentimiento para que se me practique
ARTROCENTESIS DE LA ARTICULACIÓN
TEMPOROMANDIBULAR .**

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con
indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

.....

.....

Fdo:

D.N.I.:

Revoco el consentimiento prestado en fecha
..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con
esta fecha finalizado.

Fdo: El paciente Fdo: El médico

Fdo: el representante legal