

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ARTROSCOPIA DE LA  
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

\* Nombre del paciente

.....

\* Nombre del médico que le informa

.....

\* Fecha:

.....

.....

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

La Artroscopia de la Articulación Temporomandibular, puede ser realizada con fines diagnósticos y/o terapéuticos. A través de tres incisiones de 0,5 cm. se introduce una lente unida a una cámara de TV que permite visualizar el interior de la articulación. El objetivo de la cirugía es el tratamiento de lesiones del menisco articular, extracción de cuerpos libres y, en menor medida, enfermedades de la cápsula sinovial. Dependiendo de la patología se infundirá el medicamentos 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 artroscopia o cirugía abierta. Adherencias, cambios degenerativos o anquilosis de la articulación. Pérdida parcial o total de la audición. Trastornos del equilibrio. Mala oclusión dental. Rotura de instrumental en el interior de la articulación que hagan necesario una cirugía abierta para extraerlos.

**POSIBLES ALTERNATIVAS:** Cirugía abierta

.....

.....

**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  
ARTROSCOPIA 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