

Discusión y consentimiento informado para tomografía computarizada de haz cónico

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Hechos para Consideración

Se requieren las iniciales del paciente.

_____ Una tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) es una técnica de rayos X que puede producir imágenes tridimensionales (3D) de su cabeza y permite la visualización de estructuras óseas internas en sección transversal en lugar de imágenes superpuestas típicamente producidas por Exámenes de rayos X convencionales en dos dimensiones (2-D). Los dentistas utilizan los escáneres CBCT para visualizar muchas áreas, incluidas las estructuras óseas, como los dientes y las mandíbulas, pero no necesariamente los tejidos blandos, como la lengua o las encías.

Beneficios de la exploración CBCT, no se limita a lo siguiente:

_____ Una radiografía convencional de su boca limita a su dentista a una visualización 2-D (plana). Algunos diagnósticos y la planificación del tratamiento pueden ayudarse con una visualización más completa por medio de la anatomía tridimensional. Las exploraciones CBCT pueden proporcionar a los dentistas información en 3-D cuando planifican algún tratamiento, como implantes dentales, extracciones quirúrgicas, cirugía maxilofacial y procedimientos de restauración dental avanzada.

_____ Mayor oportunidad para diagnosticar enfermedades como las fracturas de raíz vertical que pueden pasarse por alto en las películas de rayos X convencionales.

_____ Mayor posibilidad de proporcionar imágenes e información que puedan permitir una mejor evaluación de la necesidad de un tratamiento dental en particular.

_____ Posibilidad de mejorar el diagnóstico del tercer molar (muelas del juicio) y otros dientes colocados cerca de estructuras vitales, como nervios, vasos sanguíneos y senos nasales antes de la extracción.

_____ Posibilidad de mayor precisión al planificar la cirugía de colocación de implantes.

Los riesgos de la exploración CBCT, no se limitan a lo siguiente:

_____ Las exploraciones CBCT, como las radiografías convencionales, lo exponen a la radiación. La dosis de radiación utilizada para la exploración CBCT se controla para permitir la dosis más pequeña utilizada que aún proporcionará datos suficientes para lograr un resultado útil. La dosis por exploración es equivalente a dos (2) radiografías dentales regulares. Los científicos han relacionado la exposición a la radiación con un riesgo ligeramente mayor de desarrollar cáncer; sin embargo, las ventajas de la exploración CBCT generalmente superan los riesgos.

_____ Las imágenes de rayos X de la boca generalmente no están contraindicadas en el embarazo y deben utilizarse según sea necesario para completar un examen completo, diagnóstico y plan de tratamiento. Informe a su dentista si está embarazada o planea quedar embarazada para que su dentista pueda hacer la mejor determinación de los tipos de radiografías necesarias para asegurar que reciba la menor cantidad de radiación posible para sus necesidades de tratamiento dental y pueda discutir si los beneficios De la exploración superan los riesgos. Discuta las inquietudes específicas de los rayos X durante el embarazo con su médico.

_____ La exploración CBCT puede o no revelar hallazgos médicos coincidentes no relacionados con su afección dental, atención dental y tratamiento dental. Un escáner CBCT es un procedimiento de diagnóstico destinado únicamente a facilitar el diagnóstico de su afección dental y su atención dental y a ayudarlo a planificar su tratamiento dental. La exploración CBCT se evaluará únicamente para los fines asociados con los procedimientos dentales que se describen en su plan de tratamiento. Los datos obtenidos durante este estudio pueden resultar en hallazgos incidentales no relacionados con su condición dental, atención dental y tratamiento dental y están más allá del alcance y propósito de su condición dental. Su dentista no es un médico o un especialista calificado para realizar una evaluación sobre anatomía y patología más allá de su boca y mandíbula. Como resultado, puede elegir que los datos de la exploración CBCT sean evaluados por un médico o un radiólogo dental o médico.

Alternativas a la exploración CBCT, no limitadas a las siguientes:

_____ Una alternativa a las exploraciones CBCT son los rayos X convencionales; Sin embargo, tienen limitaciones. Las radiografías convencionales de su boca y mandíbulas limitan a su dentista para evaluar las estructuras anatómicas en una vista bidimensional. Una comprensión más completa de la compleja anatomía tridimensional puede mejorar su diagnóstico y la planificación del tratamiento. La relación de las estructuras anatómicas en tres dimensiones es importante para evaluar su condición, así como para la planificación del tratamiento para implantes dentales, extracciones quirúrgicas, tratamiento de endodoncia, cirugía oral o procedimientos de restauración dental avanzada. Las exploraciones CBCT pueden ser útiles para evaluar y potencialmente diagnosticar condiciones que no se pueden apreciar completamente con los rayos X convencionales. El uso de CBCT debe ser una decisión entre usted y su dentista.

Marque las casillas a continuación que se aplican a usted:

Consentimiento

Me han informado verbalmente y de la información proporcionada en esta forma sobre los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.

Me han informado verbalmente y a partir de la información proporcionada en esta forma de los riesgos y beneficios materiales de un tratamiento alternativo y de elegir no tratar mi afección.

Certifico que he leído y entiendo la información anterior y que entendí las explicaciones mencionadas, que mis preguntas fueron respondidas y que se han completado los espacios en blanco que requieren inserciones o completes. Autorizo y ordeno a este dentista que haga cualquier cosa que él / ella considere necesario y conveniente en las circunstancias.

Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento mencionado anteriormente.

Si bien el tratamiento puede ser cubierto por mi seguro médico y / o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizo el tratamiento.

o

Negativa

Me niego a dar mi consentimiento para el (los) tratamiento (s) propuesto (s) como se describe anteriormente y entiendo las posibles consecuencias asociadas con este rechazo.

Firma del paciente o padre / tutor legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Certifico que he discutido los riesgos, beneficios y consecuencias asociadas con el tratamiento, así como los riesgos y beneficios del tratamiento alternativo con _____ (nombre del paciente o del padre / madre / tutor legal). El paciente ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y creo que mi paciente entiende lo que se ha explicado y acepta voluntariamente el tratamiento que se describe en este documento.

Firma del dentista

Fecha