

MINUTO DE PLANIFICACIÓN	
CÓDIGO: PLANTILLA	VERSIÓN 1

CIRUGÍA ORTOGNÁTICA.  
ACTA PARA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA

CÓDIGO TDS:	TDS-1234	FECHA DE LA REUNIÓN:	Seleccione fecha
NOMBRE PACIENTE:	OLIVER SMITH	REUNIÓN NÚMERO	
PAÍS:	ESTADOS UNIDOS	PUNTO DE REUNIÓN:	
CIUDAD:	LOS ANGELES	HORA DE INICIO:	
HOSPITAL:	HOSPITAL	HORA DE FINALIZACIÓN:	
CIRUJANO:	Dr. TERRY DUBROW	ACTA REALIZADA POR:	
NOMBRE VISITADOR: DEL		FECHA ESPERADA DE LA CIRUGÍA:	Seleccione fecha

PARTE 1 – ACTA DE PLANIFICACIÓN

1. ESPECIFICACIONES GENERALES.

TIPO DE CIRUGIA	Solo maxilar	<input type="checkbox"/>	Bi-maxilar	<input type="checkbox"/>	
	Solo mandíbula	<input type="checkbox"/>	Mentoplastia	<input type="checkbox"/>	
	otro	<input type="text"/>			
TIPO DE OSTEOTOMÍA MANDIBULAR	BSSO	<input type="checkbox"/>	LATERALIDAD	Derecha	<input type="checkbox"/>
	Rama vertical intraoral	<input type="checkbox"/>		Izquierda	<input type="checkbox"/>
	L invertida de la rama	<input type="checkbox"/>		Bilateral	<input type="checkbox"/>
	Subapical	<input type="checkbox"/>			
TIPO DE OSTEOTOMÍA MAXILAR	Le fort I	<input type="checkbox"/>	Le fort I alto	<input type="checkbox"/>	
	Le fort II	<input type="checkbox"/>	Le fort III	<input type="checkbox"/>	
	Maxilar segmentado (Cuantas piezas)			<input type="text"/>	
SECUENCIA QUIRÚRGICA	Mandíbula primero	<input type="checkbox"/>	Maxilar primero	<input type="checkbox"/>	
	Aún no definido			<input type="checkbox"/>	

MINUTO DE PLANIFICACIÓN	
CÓDIGO: PLANTILLA	VERSIÓN 1

CT NECESARIO:	Boca abierta <input type="checkbox"/>	Boca cerrada <input type="checkbox"/>
REFERENCIAS MÉDICAS DENTALES	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
REQUIERE INJERTO (En caso afirmativo, complete los requisitos del injerto)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se requiere planificación del movimiento ortognático?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿El nervio es funcional?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se requieren guías quirúrgicas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se requiere validación de modelo anatómico plástico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otro	<input type="text"/>	

DETALLES DEL MOVIMIENTO	Basado en línea media esquelética <input type="checkbox"/>	Basado en la línea media facial <input type="checkbox"/>
	ESCRIBE EL MOVIMIENTO ESPERADO:	
	Canteo o alabeo (mm) <input type="text"/>	
	Corrección de línea media(mm):	Derecha <input type="text"/> Izquierda <input type="text"/>
	Movimiento:	Anterior <input type="text"/> Posterior <input type="text"/>
	Ascenso o descenso con fulcrum (mm) <input type="text"/>	Ubique el fulcrum en: <input type="text"/>
	corrección vertical (mm):	Ascenso <input type="text"/> Descenso <input type="text"/>
	Yaw o guiñada (mm): <input type="text"/>	Horario <input type="text"/> Antihorario <input type="text"/>

¿LAS PIEZAS METÁLICAS EXISTENTES SERÁN ELIMINADAS?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, especifique cuál:		
<input type="text"/>		

## 2. REQUERIMIENTOS DE DISEÑO. (Marcar con una X)

MODELOS DE PLÁSTICO	Preoperatorio (Maxilar + Mandíbula) <input type="checkbox"/>
	Unido <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>
	Reconstrucción final sugerida <input type="checkbox"/> Prototipo de guías quirúrgicas <input type="checkbox"/>

### SELECCIONE LA ESPECIFICACIÓN DE LAS GUÍAS QUIRÚRGICAS

Escriba el número de guías por región. (Si no necesita una región, déjela en blanco).	Mandibular <input type="checkbox"/>	Injerto <input type="checkbox"/>
	Maxilar superior <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="text"/>

MINUTO DE PLANIFICACIÓN	
CÓDIGO: PLANTILLA	VERSIÓN 1

GUIA QUIRÚRGICA	Marque el tipo de guía quirúrgica	Corte <input type="checkbox"/>	Perforación <input type="checkbox"/>
	Tipo de ranura para la guía de corte	Posición <input type="checkbox"/>	
	Marque el tipo de férula	Con ranura <input type="checkbox"/>	Con pared <input type="checkbox"/>
		Con tope <input type="checkbox"/>	
	Férula final <input type="checkbox"/>	Férula intermedia <input type="checkbox"/>	
	Férula palatina <input type="checkbox"/>		
DETALLES DE LA FERULA	Poco profundo 1mm <input type="checkbox"/>	Hasta los brackets <input type="checkbox"/>	
	Aún no definido <input type="checkbox"/>	Otro	<input type="text"/>







#### SELECCIONE LA HERRAMIENTA ELEGIDA PARA REALIZAR LOS CORTES

NSK	Reciprocante <input type="checkbox"/>	Piezoeléctrico US-II LED	0,5mm <input type="checkbox"/>
	Oscilante <input type="checkbox"/>		0,6mm <input type="checkbox"/>
	Sagital <input type="checkbox"/>		0,8mm <input type="checkbox"/>
	0,30mm <input type="checkbox"/> 0,35mm <input type="checkbox"/>		Especificación adicional: <input type="text"/>
Otro (por favor, adjunte el manual)		<input type="text"/>	

#### SELECCIONE LA ESPECIFICACIÓN DE LA PLACA PERSONALIZADA (solo si es requerido)

PLACA PERSONALIZADA	Número de fijaciones <input type="text"/>
	Perfil de la placa (mm) <input type="text"/>
	Otro <input type="text"/>
Si es necesario, agregue notas:	

Marque la resección, dibuje la placa personalizada sugerida y defina los puntos de fijación

		
Left	Front	Right
		

MINUTO DE PLANIFICACIÓN	
CÓDIGO: PLANTILLA	VERSIÓN 1

SELECCIONE LA ESPECIFICACIÓN DEL SISTEMA DE FIJACIÓN

SISTEMA DE FIJACIÓN	CMX	<input type="checkbox"/>	1,5 mm	<input type="checkbox"/>	2,0 mm	<input type="checkbox"/>	Otro Ø	<input type="checkbox"/>
	MANDIBULAR	<input type="checkbox"/>	2,0 mm	<input type="checkbox"/>	2,5 mm	<input type="checkbox"/>	Otro Ø	<input type="checkbox"/>

TIPO DE TORNILLO	Monocortical	<input type="checkbox"/>	Biocortical	<input type="checkbox"/>
	Otro	<input type="text"/>		

ANGULACIÓN DEL TORNILLO	Craneal	<input type="checkbox"/>	Caudal	<input type="checkbox"/>
	Perpendicular	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="text"/>

PARA FOTOS

3. INFORMACIÓN ADICIONAL:


MINUTO DE PLANIFICACIÓN	
CÓDIGO: PLANTILLA	VERSIÓN 1

### Declaraciones:

Yo \_\_\_\_\_ declaro que con motivo de la relación con la compañía, cualquier obra, desarrollo, proceso, procedimiento, invención susceptible de protección a través de cualquiera de las figuras de la Propiedad Industrial y/o Derechos de Autor, derivada del presente documento, colaboración o procedimiento ejecutado por la compañía, la titularidad de los mismos será única y exclusivamente de la compañía, salvo las publicaciones que de ella se deriven cuya titularidad corresponderá conjuntamente a ambos.

Firma: \_\_\_\_\_.

MINUTO DE PLANIFICACIÓN	
CÓDIGO: PLANTILLA	VERSIÓN 1

---

## PARTE 2 – VALIDACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

---

¿El diseño de la planificación es adecuado? ¿Las soluciones propuestas satisfacen sus necesidades?

Sí

☐

No

☐

*(En caso afirmativo, pase a la parte 3. En caso negativo, complete la siguiente información)*

¿Se requiere nuevamente la validación del modelo anatómico plástico?

Sí

☐

No

☐

### 1. Mencione los respectivos cambios que se requieren:

---



---



---



---



---

### 2. Añadir imágenes:

PARA FOTOS

MINUTO DE PLANIFICACIÓN	
CÓDIGO: PLANTILLA	VERSIÓN 1

### PARTE 3 – APROBACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

CÓDIGO TDS:	TDS-1234	FECHA DE LA REUNIÓN:	Seleccione fecha
NOMBRE PACIENTE:	OLIVER SMITH	REUNIÓN NÚMERO:	
PAÍS:	ESTADOS UNIDOS	LUGAR DE REUNIÓN:	
CIUDAD:	LOS ANGELES	HORA DE INICIO:	
HOSPITAL:	HOSPITAL	HORA DE FINALIZACIÓN:	
NOMBRE CIRUJANO: DEL	Dr. TERRY DUBROW	ACTA REALIZADA POR:	
NOMBRE VISITADOR: DEL		FECHA ESPERADA DE LA CIRUGÍA:	Seleccione fecha

Fecha de validación final: \_\_\_\_\_ Nota: Esta sección del acta se firma el día de la validación final.

1- ¿Es adecuada la planificación ortognática de la cirugía? Sí ☐ No ☐

Por qué?

2- ¿Los procedimientos ortognáticos están de acuerdo con la planificación? Sí ☐ No ☐

Por qué?

3- ¿La precisión de los procedimientos ortognáticos es adecuada? Sí ☐ No ☐

Por qué?

4- ¿Es adecuado el documento de presentación del caso? Sí ☐ No ☐

Por qué?

**Nota:** Si todas las respuestas han sido afirmativas, se entiende que el diseño ha sido aprobado. En caso contrario, se deberá diligenciar un nuevo formulario de reunión con los cambios respectivos.

**Información sobre riesgos y acciones de mitigación según planificación:**

---



---



---

**Observaciones:**

---



---

Yo declaro que he leído el acta y la presentación, He validado los modelos plásticos y estoy de acuerdo con el diseño y planeación actual. Firmando esta acta, Yo apruebo para continuar con el proceso de manufactura.

Firma: \_\_\_\_\_.