

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, na qualidade de responsável legal do (a) menor declaro que fui suficientemente esclarecido pelo (a) cirurgião-dentista Dr(a) _____ inscrito no CRO - _____ sob nº _____, de que o menor necessita de (re)tratamento endodôntico (canal), no dente _____.

Declaro que comprehendi e estou ciente sobre o método proposto, bem como as vantagens do mesmo comparado a exodontia (extração). Declaro ainda que comprehendi e estou ciente dos riscos do (re) tratamento endodôntico, sendo alguns deles:

1. Desconforto, após o tratamento, que poderá durar horas ou alguns dias, sendo, às vezes, necessário o uso de medicamentos, que deverão ser prescritos oportunamente e cujo custo deverá ser integralmente suportado pelo paciente;
2. Edema (inchaço) na gengiva próximo ao dente tratado, ou edema facial que poderá persistir por alguns dias ou mesmo se prolongar;
3. Infecção;
4. Trismo (limitação de abertura da boca), que poderá persistir por alguns dias ou mesmo se prolongar;
5. Índice de insucesso de 5 a 10% nos tratamentos e de 15 a 40% nos retratamentos. Caso ocorra falha, poderá ser necessário o retratamento, cirurgia ou a exodontia (extração) do dente;
6. Possível ocorrência de fratura de instrumentos dentro da raiz do dente objeto do tratamento, ficando a critério e julgamento do cirurgião-dentista a decisão de retirar ou não o objeto através de cirurgia. Compreendi e aceito que cada caso será examinado pelo cirurgião -dentista, pois às vezes não é necessária a retirada do objeto;
7. Perfuração do canal radicular (raiz), com instrumentos, que poderá necessitar de cirurgia para correção;

Estou ciente ainda que, após o (re)tratamento endodôntico (canal), o dente tratado terá maior fragilidade natural, podendo ocorrer fratura durante ou no intervalo entre as sessões. Portanto, estou ciente de que deverei tomar todas as medidas e cautelas necessárias para a proteção do dente do menor contra fraturas e contaminações, orientando-o a cuidar com a mastigação e encaminhando-o para realizar a restauração do dente no prazo de trinta dias (30) contados da realização do (re)tratamento endodôntico (canal).

Caso eu não faça o tratamento de canal e mantenha o dente, eu poderei ter dor muito intensa, um abscesso, desenvolvimento ou disseminação de infecção para outras partes do organismo.

Estou ciente de que o cirurgião-dentista não pode dar garantia de que o tratamento de canal terá sucesso absoluto, pois, embora este tipo de tratamento tenha índice elevado de sucesso, trata-se de um procedimento biológico, com outros riscos naturais (ainda que raros), dependentes não só do dentista, mas também de fatores inerentes ao organismo do paciente, da correta restauração e retorno do dente a sua função.

Declaro que recebi orientações sobre as técnicas de controle e contenção de comportamento infantil, comprehendi tais orientações e autorizo que referidas técnicas sejam utilizadas caso seja necessário.

Declaro que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidos no texto acima, e que me foram dadas explicações referentes a ele, e assim, manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento com o tratamento proposto pelo Dr._____.

_____, ____ / ____ / ____.

Responsável Legal do Paciente

Cirurgião-dentista