

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORAL MENOR (EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES)

Por este instrumento particular declaro, para os efeitos éticos e legais, que eu, Fulano da Silva, recebi todas as informações e esclarecimentos a respeito dos procedimentos cirúrgicos a que vou me submeter para realizar a extração de Terceiros Molares, e estou de acordo com os termos abaixo relacionados: 1. Por ter sido previamente explicado para mim, entendo que o propósito do procedimento/cirurgia é tratar e possivelmente corrigir meus tecidos doentes na cavidade oral. Esclareço também que fui amplamente informado(a) por um profissional sobre os possíveis riscos e complicações relacionados aos procedimentos cirúrgicos envolvidos no meu tratamento. 2. Declaro ter sido orientado sobre a utilização da medicação pré e pós-operatória, bem como sobre todos os cuidados que devo seguir após a cirurgia e durante o tempo de espera até a completa recuperação dos tecidos envolvidos. 3. Declarei ao cirurgião-dentista, durante a anamnese, todas as informações relevantes sobre minha saúde física e mental, incluindo reações alérgicas, doenças pré-existentes ou qualquer outra condição anormal em relação à minha saúde. Declaro que, se por esquecimento ou livre e espontânea vontade, omiti alguma informação, mesmo não a julgando importante, assumo o risco de tal ato. 4. O cirurgião-dentista avisou-me que, se esta condição persistir sem tratamento ou cirurgia, minha condição oral atual irá provavelmente piorar com o tempo, e os riscos para minha saúde são vários, como, por exemplo: edema, dor, infecção, formação de cistos, cárie, problemas de oclusão, perda prematura dos dentes ou osso. Fui informado de possíveis métodos alternativos de tratamento, se há algum. 5. O cirurgião-dentista explicou-me que há certos riscos inerentes e potenciais em qualquer plano de tratamento ou procedimento cirúrgicos, e que em algumas circunstâncias específicas, os riscos operatórios incluem os seguintes: (Checar itens que são pertinentes) Desconforto pós-operatório e edema que podem durar alguns dias. Sangramento prolongado. Injúrias aos dentes adjacentes, próteses ou restaurações. Estiramento da comissura labial com consequente laceração e equimose (manchas roxas na pele). Infecção pós-operatória que pode exigir tratamento adicional. Restrição da abertura de boca durante a recuperação. Decisão de deixar um pequeno fragmento de raiz no maxilar quando sua remoção exigir cirurgia extensa. Fratura de mandíbula. Injúria ao nervo subjacente aos dentes resultando em dormência ou formigamento do lábio, queixo, bochecha, gengiva, dentes e/ou da língua do lado operado, que pode persistir por semanas, meses ou, em raras circunstâncias, permanentemente. Comunicação com o seio maxilar (uma cavidade normal localizada acima dos dentes superiores) exigindo cirurgia adicional. 6. Se qualquer condição não prevista acima ocorrer durante a cirurgia, confio no julgamento do cirurgião-dentista para procedimentos adicionais ou diferentes daqueles que me foram explicados. Eu solicito e autorizo fazer o que for aconselhável. Fui esclarecido que, devido às diferenças individuais entre os pacientes, há possibilidade de risco de insucesso, recidiva ou retratamento, a despeito dos cuidados tomados. Recomendações a seguir no Pós-operatório: Medicamentos, drogas, anestésicos e prescrições usadas durante a cirurgia podem causar sonolência ou dificuldade de atenção ou coordenação; portanto, eu fui aconselhado a não trabalhar nem operar qualquer veículo, automóvel ou dispositivo perigoso até completamente recuperado do efeito dos mesmos. Concordo em não dirigir, por meus próprios meios, e terei um responsável adulto me acompanhando para casa, após a minha liberação da cirurgia. Concordo em cooperar completamente com as recomendações que me foram passadas, entendendo que qualquer falta de cooperação pode resultar em diminuição dos ótimos resultados. Certifico que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidas no texto acima e me foram dadas explicações referentes a ele.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Fulano da Silva

DATA: 20/09/2024