

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE REABERTURA DE IMPLANTES E INSTALAÇÃO DE PRÓTESES SOBRE IMPLANTES

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 instalação de Implantes Osseointegrados, e estou de acordo com os termos abaixo relacionados: 1. Esclareço que recebi todas as informações necessárias sobre a finalidade e os tipos de procedimentos cirúrgicos e protéticos para a instalação de Implantes Osseointegrados e Cirurgia de Reabertura. Esclareço também que fui amplamente informado(a) sobre os possíveis riscos e complicações relacionados aos procedimentos cirúrgicos e protéticos envolvidos no meu tratamento. Fui informado de possíveis métodos alternativos de tratamento, se há algum. 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. Comprometo-me a retornar periodicamente após o término do tratamento, para avaliação do(s) implante(s) na(s) região(ões) operada(s). 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 explicou-me que há certos riscos inerentes e potenciais em qualquer plano de tratamento ou procedimento cirúrgicos e protéticos, e que em algumas circunstâncias específicas, os riscos incluem os seguintes: perda ou não osseointegração dos implantes nas regiões dos implantes e consequente impossibilidade, temporária ou permanente, de Reabilitação Oral com as próteses instaladas sobre esses implantes. 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. 5. Se qualquer condição não prevista acima ocorrer durante a cirurgia, confio no julgamento do cirurgião-dentista para realizar 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.

.....  
Fulano da Silva

.....  
20/09/2024

