

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA ORAL MENOR

Por este instrumento particular declaro, para os efeitos éticos e legais, que eu, _____ RG _____, D/N: _____ recebi todas as informações e esclarecimentos a respeito do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) a que vou me submeter, ou que será submetido meu dependente de nome: _____ D/N: _____

e que estou de acordo com os termos abaixo relacionados:

1. Declaro ter sido orientado sobre a utilização da medicação pré e/ou pós-operatória, bem como sobre todos os cuidados que se deve ter após a cirurgia e durante o tempo de espera até a completa recuperação dos tecidos envolvidos.

2. Declarei ao cirurgião-dentista todas as informações relevantes sobre a saúde física e mental do paciente, incluindo reações alérgicas, doenças pré-existentes, uso de medicações ou qualquer outra condição em relação a minha saúde. Me responsabilizo se omiti alguma informação por esquecimento ou livre e espontânea vontade.

3. O cirurgião-dentista avisou-me que a condição oral atual do paciente irá provavelmente piorar com o tempo se esta condição persistir sem tratamento. Os riscos para a saúde são vários como, por exemplo: inchaço, dor, infecção, formação de cistos, cárie, problemas de oclusão, perda de dentes ou osso.

4. O cirurgião-dentista explicou-me que há riscos inerentes e potenciais em qualquer plano de tratamento ou procedimento cirúrgico, e que em algumas circunstâncias específicas, os riscos operatórios incluem: Desconforto pós-operatório e inchaço que podem durar alguns dias; Sangramento prolongado; Retração gengival; Injúrias (fraturas) aos dentes, próteses ou restaurações adjacentes; Estiramento da comissura labial ("canto da boca") com consequente laceração (corte) e/ou 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 dos ossos maxilares; 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.

5. O cirurgião dentista avisou-me que pode haver tratamentos mais conservadores para a manutenção do meu elemento dentário, mas optei pela extração do mesmo por motivos pessoais.

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 necessidade de retratamento, a despeito dos cuidados tomados.

7. Declaro que anexeï a esse termo, radiografia a mim solicitada pelo Cirurgião Dentista acompanhando este termo de **Consentimento Livre e Esclarecido Para Cirurgia Oral Menor** sem a qual não será realizado procedimento cirúrgico e que seja usada para embasamento do tratamento e para dar condições de trabalho ao profissional.

8. O procedimento a ser executado será: _____

Certifico que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidas no texto acima e que minhas dúvidas foram esclarecidas.

Obs.: _____

Brasília, ____/____/____.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura carimbo do Cirurgião Dentista