

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este termo tem como objetivo, informar e conscientizar o paciente que pretende submeter-se ao tratamento endodôntico (canal). Leia com atenção e solicite maiores esclarecimentos em itens que não ficarem bem entendidos.

Fui informado (a) pelo Profissional que necessito de (re) tratamento endodôntico (canal) e estou ciente sobre o método proposto e me foi explicado, as vantagens do mesmo comparando a extração e riscos, dentre os quais:

1. Dor ou desconforto após o tratamento que pode durar horas ou alguns dias, sendo as vezes necessário o uso de medicamentos, que serão prescritos oportunamente.
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 da 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 extração do dente.
6. Poderá ocorrer fratura de instrumentos dentro da raiz do seu dente, e o dentista irá decidir se deixa lá ou se tenta retirar com uma cirurgia. Cada caso será examinado pelo profissional, pois às vezes não é necessária sua retirada.
7. Perfuração do canal radicular, com instrumentos, que poderá necessitar de intervenção cirúrgica.
8. Perda prematura do dente devido à doença periodontal progressiva.
9. Imagem radiográfica imprecisa, dando margem à interpretação equivocada
10. Restaurações altas ou insatisfatórias podem comprometer o sucesso do tratamento de canal. 16.
11. Consinto que sejam feitos fotografias, filmes, gravações ou raio x do procedimento, para o crescimento da Endodontia.

Estou ciente ainda que, após o (re) tratamento endodôntico, o meu dente poderá fraturar durante ou no intervalo entre sessões, sendo, portanto, recomendado cuidado na mastigação e após o tratamento finalizado necessito reabilitação protética ou restauração definitiva do dente tratado o mais breve possível.

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.

Não pode ser dada garantia do tratamento de canal, pois muito embora ele tenha índice e elevado de sucesso, ainda é um procedimento biológico, com outros riscos naturais do mesmo, embora raros, dependentes não só do profissional, mas também de fatores inerentes ao organismo do paciente, da correta restauração ou reabilitação protética pós tratamento e volta do dente a sua função.

Autorizo expressamente que as informações, imagens, fotografias, filmes, gravações ou raio-x relacionados ao meu tratamento sejam utilizados para:

1. Fins educacionais.
2. Publicações científicas.
3. Divulgação em congressos, seminários ou workshops.
4. Materiais didáticos.
5. Divulgação em redes sociais e plataformas online.
6. Garanto que estou ciente de que:
7. Minha identidade não será revelada sem autorização prévia.
8. As informações divulgadas não prejudicarão minha privacidade ou dignidade.

Declaro ter entendido todas as informações fornecidas e estar ciente dos riscos e benefícios. Minhas dúvidas foram esclarecidas.

Manaus, 22, de AGOSTO 2024.


Assinatura do Paciente