

INFORMAÇÃO E FORMULÁRIO DE PERMISSÃO DE CIRURGIA PARA PACIENTE DE IMPLANTE(S)

Autorizo o Dr. Cristiano Estrela Himmen e/ou os assistentes por ele designados, a realizar cirurgia de implante para reparar as condições indicadas pelos estudos diagnósticos e/ou avaliações já realizadas as quais me foram explicadas.

Entendo que o propósito do procedimento é tratar e possivelmente corrigir meus tecidos doentes na cavidade oral. O dentista avisou-me que, se esta condição persistir sem tratamento, minha condição oral atual irá, provavelmente, piorar com o tempo, e os riscos para minha saúde podem incluir, mas não são limitados a: edema, dor, infecção, formação de cistos, doença periodontal (gingival), cárie, maloclusão, fratura patológica dos maxilares, perda prematura dos dentes e/ou perda prematura de osso.

Também autorizo e indico o Dr. Cristiano Estrela Himmen e/ou seus assistentes a fornecer serviços adicionais se ele julgar necessário e apropriado, incluindo entre outros, administração de agentes anestésicos, realização de procedimentos laboratoriais, radiológicos, diagnósticos necessários, administração oral de medicamentos, injeção de medicamentos ou outro método de administração terapêuticamente aceita, a remoção de osso, cartilagem, tecidos e fluídos para propósitos diagnósticos e terapêuticos, e a retenção ou liberação dos mesmos de acordo com as práticas de praxe. Se uma condição não prevista ocorrer no curso do tratamento, a qual requeira realização de procedimentos adicionais ou diferentes daqueles estabelecidos, eu autorizo e indico o Dr. Cristiano Estrela Himmen e/ou seus assistentes a fazer o que ele julgar necessário e apropriado nas circunstâncias, incluindo a decisão de não proceder a realização da implantação.

As alternativas à cirurgia de implante me foram explicadas, incluindo os riscos. Eu já tentei ou considereei estes métodos e riscos, mas desejo o implante para auxiliar a substituição dos meus dentes perdidos. Eu consinto a colocação de implante(s) dentro do meu organismo e estou ciente do procedimento cirúrgico do implante.

O procedimento cirúrgico de implante me foi explicado e eu reconheço a natureza da cirurgia e seus procedimentos.

Estou ciente de que a prática odontológica e da cirurgia dentária não são ciências exatas, e reconheço que não me foram dadas garantias em relação ao sucesso na minha cirurgia de implante(s) e do tratamento e procedimentos associados para minha completa satisfação. Devido às diferenças individuais entre os pacientes, há possibilidade de risco de insucesso, recidiva, retratamento seletivo ou piora das minhas condições presentes, a despeito dos cuidados tomados. No entanto, é opinião do Dr. Cristiano Estrela Himmen que a terapia será benéfica e que sem a realização do tratamento poderá ocorrer agravamento das minhas condições atuais. Estou ciente que existe risco na cirurgia de implante(s), e que poderá haver a necessidade de cirurgia corretiva adicional, ou a remoção do(s) implante(s) com possível cirurgia corretiva associada com sua remoção. Os riscos inerentes e potenciais em qualquer plano de tratamento

ou procedimento e que, nessas circunstâncias específicas, os riscos incluem, mas não são limitados aos seguintes: Desconforto pós-operatório e edema que podem necessitar de muitos dias de recuperação em casa; Sangramento continuado que pode ser prolongado; Injúria aos dentes adjacentes, próteses e/ou restaurações; Infecção pós-operatória que pode exigir tratamento adicional; Estiramento da comissura labial com conseqüente equimose e laceração; Restrição da abertura bucal por vários dias ou semanas; Decisão de deixar um pequeno fragmento de raiz no maxilar quando sua remoção exigir cirurgia extensa ou houver a possibilidade de lesar alguma estrutura importante, nos casos de extração; Fratura de mandíbula e/ou maxila; Injúria de nervos subjacentes aos dentes ou regiões tratadas 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 localizado acima dos dentes superiores) exigindo cirurgia adicional; Perda de implante(s) por falha na osseointegração, infecção ou hábito parafuncional, necessitando de remoção do(s) mesmo(s) e nova cirurgia para reinstalação do(s) implante(s); Perda da cirurgia de enxerto, necessitando de tratamento adicional; Caso sejam necessários procedimentos adicionais, estou ciente que estes serão cobrados à parte incluindo, mas não limitando-se, à instalação de novo(s) implante(s) no(s) caso(s) de remoção do(s) mesmo(s).

Estou ciente de que se ocorrerem problemas e que se nada for feito para corrigir minha condição dentária e bucal, algumas das seguintes hipóteses dentre outras podem ocorrer: Função oral limitada, doença gengival ou óssea, inflamação, infecção, sensibilidade, afrouxamento e/ou perda dentária, deslocamento dentário com alteração de oclusão, problemas de articulação têmporo-mandibular e impossibilidade de colocação de implantes em data posterior, devido às mudanças nas condições bucais e orgânicas.

Fui informado que o uso de tabaco, álcool, drogas, açúcar, alimentos sólidos e/ou quentes, realização de esforços físicos, negligência nos cuidados com a higiene bucal podem afetar a cicatrização da gengiva e pode limitar o sucesso do(s) implante(s). Eu concordo em seguir as recomendações, cuidados, uso de medicamentos indicados de forma correta, e retornar ao Dr. Cristiano Estrela Himmen para exames regulares conforme instrução do mesmo, por não haver maneira de se prever precisamente a capacidade de recuperação gengival e óssea de cada paciente.

Medicamentos, drogas, anestésicos e prescrições podem causar sonolência ou dificuldade de atenção ou coordenação, o que pode ser aumentado com o uso de bebidas alcoólicas ou o uso concomitante de outros medicamentos; portanto, eu fui aconselhado(a) a não trabalhar nem operar qualquer veículo, automóvel, ou dispositivos perigosos enquanto sob vigência dos medicamentos e/ou drogas ou até completamente recuperado do efeito dos mesmos por, no mínimo, 24 horas após ter sido liberado da cirurgia ou recuperado dos efeitos da medicação anestésica que me foi dada no consultório ou hospital sob meus cuidados. Concordo em não dirigir, por meus próprios meios, e terei um responsável adulto dirigindo por mim ou me acompanhando para casa após minha liberação da cirurgia.

Estou ciente de ter fornecido um relatório preciso de meu histórico de saúde física e mental. Também relatei quaisquer reações usuais a drogas, alimentos, picadas de insetos, pólenes, pó, doenças sangüíneas ou corpóreas, reações gengivais ou de pele, sangramento anormal ou quaisquer outras condições relacionadas com minha saúde, ou outros problemas experimentados com algum tratamento ou cuidado médico ou dentário prévio. Se eu estiver em tratamento por qualquer problema de saúde, certifico que discuti o procedimento proposto de implante(s) com a pessoa responsável pelos meus cuidados médicos e recebi sua permissão de ser submetido ao procedimento de implante(s).

Certifico que li, que me foi explicado e que entendo perfeitamente a presente permissão de cirurgia de implante(s), procedimento anestésico e uso de drogas. Conscientemente dou autorização para proceder por minha livre iniciativa os trabalhos propostos e consinto em liberar o Dr. Cristiano Estrela Himmen e seus assistentes de toda responsabilidade sobre eventuais reivindicações ou demanda de danos para todas as lesões ou complicações que possam se originar deste(s) implante(s).

Igualmente, declaro que este formulário de permissão de cirurgia de implante, num total de 2(duas) folhas, não contém espaços em branco, emendas ou rasuras.

DR. CRISTIANO ESTRELA HIMMEN

Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Cirurgia Ortognático e Implantodontia

CRO-DF 4920 / I.E. 2091 I.E. 3596

PACIENTE OU RESPONSÁVEL