

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este é meu consentimento para que o Dr. Cristiano Estrela Himmen e/ou qualquer um de sua equipe realize o tratamento/procedimento descrito no planejamento e anexado ao prontuário ou outros procedimentos que julgar necessários ou aconselháveis como necessários para completar o tratamento proposto.

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. Fui informado(a) de possíveis métodos alternativos de tratamento, se há algum.

O Dr. Cristiano Estrela Himmen explicou-me que há certos 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:

1. Desconforto pós-operatório e edema que podem necessitar de muitos dias de recuperação em casa;
2. Sangramento continuado que pode ser prolongado;
3. Injúria aos dentes adjacentes, próteses e/ou restaurações;
4. Infecção pós-operatória que pode exigir tratamento adicional;
5. Estiramento da comissura labial com conseqüente equimose e laceração;
6. Restrição da abertura bucal por vários dias ou semanas;
7. 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;
8. Fratura de mandíbula e/ou maxila;
9. 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;
10. Comunicação com o seio maxilar (uma cavidade normal localizado acima dos dentes superiores) exigindo cirurgia adicional;
11. 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);
12. Perda da cirurgia de enxerto, necessitando de tratamento adicional;

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.

Se qualquer condição não prevista acima ocorrer durante a cirurgia, confio no julgamento médico para procedimentos adicionais ou diferentes daqueles que me foram explicados. Eu solicito e autorizo fazer o que for aconselhável.

Não me foram dadas garantias nem assegurado que o tratamento proposto será curativo ou bem-sucedido 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.

Tive a oportunidade de discutir com o cirurgião minha história médica, inclusive todos os problemas sérios e/ou injúrias.

Concordo em cooperar completamente com as recomendações do Dr. Cristiano Estrela Himmen enquanto estiver sob seus cuidados, 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, e que todos os itens ou declarações foram preenchidos no momento; os parágrafos implicáveis foram riscados antes da minha assinatura.

DR. CRISTIANO ESTRELA HIMMEN

Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial

Cirurgia Ortognática e Implantodontia

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

PACIENTE OU RESPONSÁVEL