



PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAÍ

Estado de Mato Grosso do Sul

Gerência de Saúde
SAÚDE BUCAL



Informações e Esclarecimento sobre Cirurgias Bucais

Esse Termo de Esclarecimento tem o objetivo específico de informar e esclarecer o paciente sobre os riscos e conseqüências indesejáveis decorrentes de cirurgias bucais:

Pré - requisitos:

1. Para fins de compreensão dessas informações, consideramos cirurgias bucais: Exodontias de qualquer natureza, Apicectomias, Remoção de cistos, Biópsias, Cirurgias Periodontais, Cirurgias de Tecidos Moles da Boca (freios, bochechas e lábios) e Colocação de implantes;
2. Todo paciente para ser submetido a uma intervenção cirúrgica bucal deverá estar em condições de saúde normais;
3. Deverá informar o Cirurgião-Dentista se for portador de diabetes, problemas cardíacos ou qualquer outra doença existentes;
4. Informar ao Cirurgião-Dentista o uso freqüente de medicamentos, em especial, anticoagulantes (tipo AAS);
5. Se julgar necessário, o Cirurgião-Dentista poderá solicitar exames complementares para diagnóstico e planejamento da cirurgia, tais como radiografias e exames de sangue;
6. Menores de 18 anos deverão ser autorizados pelos pais ou responsável legal, assinado por extenso na ficha clínica.

Riscos:

1. Reações alérgica ao anestésico e aos medicamentos pré e pós-operatórios;
2. Hemorragia pós-operatória;
3. Dor pós-operatória;
4. Inflamação e/ou infecção pós-operatória;
5. Edema (inchaço) na região operada;
6. Hematomas;
7. Fraturas ósseas;
8. Sinusite;
9. Trismo (dificuldade temporária em abrir a boca);
10. Parestesia (dormência prolongada na região operada).

Esclarecimentos Adicionais

Caso ocorra um ou mais riscos acima citados, fico ciente e de acordo que o Cirurgião-Dentista poderá propor outros tratamentos necessários.

Eu, _____
(nome por extenso)

declaro ter compreendido as informações acima prestadas, aceitá-las e assumir os riscos da cirurgia bucal a qual serei submetido(a).

Naviraí, ____/____/____.

Assinatura do paciente ou responsável