

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENDODONTIA

Pelo presente instrumento, eu _____
RG _____ declaro que fui informado(a) pelo cirurgião dentista
_____ CRO _____ de que
necessito de (re)tratamento endodôntico (tratamento de canal) do dente _____.

Estou ciente do método proposto e de sua necessidade, bem como dos riscos aos quais estarei sujeito, tais como:

- Desconforto após o tratamento, que poderá durar horas ou alguns dias, sendo as vezes necessário o uso de medicamentos que serão prescritos oportunamente.
- Edema (inchaço) na gengiva ou face, próximo ao dente tratado ou trismo (limitação da abertura bucal), que poderá persistir por alguns dias ou mesmo se prolongar.
- Caso ocorra insucesso no tratamento endodôntico, poderá haver necessidade de retratamento, cirurgia ou, até mesmo, extração do dente em questão.
- Possibilidade de ocorrência de fratura de instrumentos dentro da raiz do dente e o dentista irá decidir se é possível deixá-lo no local ou se deverá ser retirado através de cirurgia.
- Perfuração do canal radicular através do uso de instrumentos, que poderá necessitar de intervenção cirúrgica.
- Perda prematura do dente devido a doença periodontal avançada.
- Imagem radiográfica imprecisa dando margem à interpretação duvidosa.
- Persistência da infecção.

Estou ciente, ainda, de que:

- Após o (re)tratamento endodôntico meu dente deverá ser protegido de fraturas e contaminações, devendo providenciar sua restauração.
- Em decorrência da fragilidade natural do dente em tratamento, poderá ocorrer fratura durante ou no intervalo entre as sessões sendo, portanto, recomendado cuidado durante a mastigação.
- Meu dentista informou que disporá dos melhores meios possíveis para realizar o tratamento, mas o sucesso também dependerá dos fatores biológicos, específicos do organismo de cada pessoa e de sua adequada restauração.
- Serei devidamente informado no caso de ocorrer qualquer intercorrência durante o tratamento.

Com todas as minhas dúvidas devidamente esclarecidas e ciente de todas as informações acima, dou meu consentimento para realização do tratamento endodôntico proposto.

_____, _____ de _____ de 20

Paciente - Identidade

Dentista - CRO – Carimbo

Responsável técnico da Clínica - CRO - Carimbo