



## Autorizacao para Tratamento de Implante

Dr. \_\_\_\_\_ explicou os beneficios e os riscos de implante dental para mim. A indicacao de um especialista (periodontista, cirurgia buzo-maxilo-facial) para executar o procedimento foi oferecida. Eu entendo que implantes envolvem a incisao de \_\_\_\_\_ no osso. Alem disso entendo que tratamanto de implante e algo complexo e inclui a necessidade de apropriada restauracao protetica. Tambem entendo que os riscos da colocacao de implantes sao separados dos riscos associados com a restauracao do implantee riscos associados.

Eu entendo que o numero e a localizacao de implantes vai depender da disposicao de osso adequado para dar suporte ao implante e o numero de dentes que serao substituidos. Pode haver envolvimento dos seios maxilares se os implantes forem colocados no maxilar superior. Tratamentos alternativos foram explicados para mim. Foi explicado para mim que uma opcao e nao fazer nada. Eu entendo os riscos que a opcao de nao fazer o tratamento podem incluir, mas nao se limitar a: perda ossea, problemas nos maxilares, dores de cabeça, dor, sensibilidade, inflamaco e infeccao.

Eu entendo e aceito o tratamento recomndado para mim pelo Dr. \_\_\_\_\_. Alem disso entendo que podem haver complicacoes indesejadas, algumas das quais estao enumeradas abaixo. Nao ha garantias feitas ou implicitas. Tambem entendo que proteses apoiadas em implantes requerem monitorizacao profissinal periodica, e podem requerer tratamento adicional no futuro, e que o sucesso depende do cuidado pessoal diario em casa. Eu entendo que implantes podem desenvolver mobilidade e necessitar remocao ou reposicao. Todas as minhas perguntas foram respondidas.

Propostas de custo foram explicadas para mim, como tambem beneficios de seguros terciarios. Eu entendo que beneficios de seguros terciarios podem ser diferentes dos discutidos com Dr. \_\_\_\_\_ uma vez que nao estao sob o controle deste consultorio.

Riscos do tratamento/indesejadas consequencias possiveis (mas nao limitadas a estas):

- Reacao a medicamentos/anestesia.
- Temporaria ou permante dormencia ou formigamento dos labios, queixo, face, lingua e gengivas.
- Dano a dentes proximos a restauracao
- Sangramento pos-tratamento.
- Infeccao pos-tratamento.
- Inchaco pos-tratamento.
- Sensibilidade, dor.
- Resultado estetico (desacordo com o resultado final)
- Falha na integracao do implante.

***EU LI E ENTENDI A INFORMACAO ACIMA E A INFORMACAO QUE ME FOI DADA VERBALMENTE. ATRAVES DA MINHA ASSINATURA ABAIXO EU AUTORIZO O TRATAMENTO DESCRITO NESTE DOCUMENTO.***

Assinatura do paciente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Testemunha \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_