



Consentimento informado para extração dental

Dr. _____ explicou os benefícios e os riscos da extração dental para mim. Eu entendo que esta extração cirúrgica é necessária. A indicação de um especialista (cirurgião buco-maxilo-facial) me foi oferecida.

Eu entendo e aceito o tratamento recomendado pelo Dr. _____. Além disso entendo que podem haver algumas complicações indesejadas, algumas das quais estão enumeradas abaixo. Não há garantias feitas ou implícitas. Dr. _____ me informou sobre os dentes propostos para extração, e se estão ou não impactados em qualquer nível. Eu entendo que um dente impactado pode ter começado a erupção numa direção errada e pode estar bloqueado por osso ou outro dente. Eu entendo que permitir que um dente impactado permaneça na boca pode resultar em infecção e/ou criar local para impactação de comida que pode resultar em cárie. Tratamentos alternativos ou opções de tratamento foram explicados para mim. Eu entendo os riscos de não me submeter a extração/extrações, com o dente estando ou não impactado, parcialmente impactado ou não impactado, incluindo os riscos mas não limitados a: infecção, inchaço, dor, doença periodontal, maloclusão e doenças sistêmicas. Todas as minhas perguntas foram respondidas.

Propostas de custo foram explicadas a mim, assim como benefícios de seguros terciários. Eu entendo que benefícios de seguros terciários podem ser diferentes dos discutidos com Dr. _____ uma vez que eles não estão sob o controle deste consultório.

Riscos do tratamento/indesejadas consequências possíveis (mas não limitadas a estas):

- Reação a medicamentos/anestesia.
- Temporária ou permanente dormência ou formigamento dos lábios, queixo, face, língua e gengivas.
- Sangramento pós-tratamento.
- Infecção pós-tratamento.
- Inchaço pós-tratamento.
- Fragmentos da raiz podem quebrar e se alojar na mandíbula.
- Problemas relacionados a sinusite quando dentes superiores são extraídos, o que poderá necessitar tratamento adicional.
- Atraso na cicatrização pode ocorrer e haverá necessidade de tratamento adicional.
- Dor, sensibilidade.
- Dano a restaurações ou dentes adjacentes.

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

Assinatura do paciente _____ Data _____

Testemunha _____ Data _____