

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
TRATAMENTO ENDODÔNTICO (TRATAMENTO DE CANAL)**

Por este termo, eu,, paciente (ou responsável legal do(a) menor, de CPF, autorizo o(a) Dr(a), CRO/SP nº, a realizar o procedimento denominado Tratamento Endodôntico no dente, que consiste na remoção do conteúdo dos canais do dente que se encontra inflamado e/ou infeccionado. São realizados a limpeza e desinfecção de todo interior do canal e, depois, o preenchimento do canal com material obturador e restauração do remanescente do dente com material restaurador provisório ou definitivo.

O procedimento é feito da seguinte forma: avaliação clínica e exames de imagem (radiografia e , quando necessário, tomografia) durante e após o tratamento, anestesia local, isolamento absoluto do dente com lençol de borracha, abertura do dente através da utilização de broca, limpeza, desinfecção e obturação do canal (fechamento).

Estou ciente que:

1º. O dente deve ser tratado endodonticamente em caso de infecção, inflamação e indicação protética ou cirúrgica, especificando que a alternativa ao tratamento do canal, muitas vezes, é a retirada do dente. Ocasionalmente, frente a uma evolução negativa, poderá haver indicação de retratamento e de uma cirurgia periapical.

2º. Mesmo com a realização deste procedimento e seguindo corretamente a orientação do cirurgião dentista, o meu estado de saúde pode ser agravado e, inclusive, poderei perder o dente.

3º. O procedimento será realizado dentro de elevados padrões técnicos de segurança e higiene, atendendo às normativas técnicas existentes. Apesar disso, o procedimento envolve risco, podendo originar diversos sintomas e efeitos adversos, tais como: dor, formigamento na face e/ou língua, inchaço, sensibilidade, dificuldade de abertura de boca, dificuldade na mastigação, alergia a algum medicamento ou substância química, além de outros problemas.

4º. Podem haver intercorrências como:

- Fratura do dente - devido ao enfraquecimento do dente por ação de cáries e trauma, poderá ocorrer a quebra do dente durante o tratamento de canal ou entre as sessões.
- Perfuração do canal - Na sua ocorrência, o cirurgião dentista realizará procedimentos de correção, quando possível, uma vez que essas ocorrências podem gerar perda do elemento dentário.

- Quebra de instrumentos – Durante o procedimento, pode ocorrer a quebra de instrumento (ex: lima e broca) dentro do dente. Caso ocorra, a situação será analisada pelo profissional, que avaliará a viabilidade da retirada do fragmento.
- Extravasamento de material obturador - deslocamento de cimento e/ou cone de guta percha para além do final da raiz (região óssea).
- Processo inflamatório – Podem ocorrer dor e/ou inchaço na região, ocasionado pela própria limpeza e desinfecção do dente, pela queda do material restaurador provisório ou por questões inerentes ao organismo do paciente.
- Danos aos dentes vizinhos - se o paciente não concluir o tratamento endodôntico, a infecção poderá atingir os dentes vizinhos, podendo acarretar sua perda.
- Calcificação do canal – Pode existir um ou mais canais calcificados. Isto significa que a luz do canal está obliterada impedindo o adequado tratamento do canal. Devendo, após concluído o tratamento, seguir a recomendação de controle através de exames de imagem.

5°. Motivos de força maior, intercorrências técnicas ou clínicas, pacientes com necessidade urgente e/ou outras situações, também podem provocar atraso em meu atendimento.

Ao término das tratamento endodôntico, é necessário realizar o tratamento restaurador definitivo em, no máximo, uma semana, para vedar totalmente o dente e não deixar contaminar o tratamento realizado. Todo dente submetido a um tratamento de canal deve ser acompanhado através de periódicos exames de imagem, por toda vida. É importante salientar que a colaboração do paciente no cumprimento destes itens é fundamental para o êxito do tratamento.

Declaro que li e compreendi as informações descritas acima e não possuo qualquer dúvida com relação ao conteúdo apresentado.

.....

Assinatura do Paciente

.....

Assinatura e carimbo do Cirurgião Dentista

Sao Paulo,..... de de.....