

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Plano de Tratamento

Beneficiário: _____

Código: _____ RG: _____

Cirurgião-Dentista: _____ CRO(UF): _____

Informo ter sido devidamente esclarecido pelo Dr(a). _____
_____ dos riscos e benefícios do tratamento odontológico a ser
realizado em seu consultório e das outras possibilidades de tratamento que existem
para o meu caso, como também das orientações para manutenção, higiene e
preservação do tratamento, conforme segue:

Dente a ser executado: _____

Opção nº1 (descrição detalhada do plano de tratamento): _____

Prejuízos: _____

Benefícios: _____

Opção nº2 (descrição detalhada do plano de tratamento): _____

Prejuízos: _____

Benefícios: _____

Opção nº3 (descrição detalhada do plano de tratamento): _____

Prejuízos: _____

Benefícios: _____

Opção nº4 (após todas as opções de tratamento, o paciente optar somente por coroa provisória): Informo ter sido devidamente esclarecido de todas opções de tratamento, porém por motivos financeiros/estéticos/pessoais, solicito a confecção somente de coroa provisória. Declaro ainda, estar ciente de ser um procedimento provisório, com duração máxima de 6 meses e de que não substitui a cimentação de uma coroa fundida, isentando de quaisquer responsabilidades a operadora e o cirurgião-dentista, por eventuais intercorrências.

OBS: _____

Informo ter escolhido livremente, e após esclarecimento verbal realizado pelo Dr(a). _____ a opção de tratamento nº _____, dou meu consentimento para realização do mesmo por este cirurgião-dentista na Guia de Tratamento Odontológico – **GTO** número _____.

Cidade _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente ou responsável

Questionário de Saúde (confidencial) – SF ODONTO

GTO nº: _____

Beneficiário: _____

Dentista: _____

Código CD: _____

Senha: _____

Código: _____

CRO(UF): _____

		Sim	Não
1	Está tomando algum remédio?		
2	Está grávida?		
3	Tem gânglios doloridos em alguma região do corpo?		
4	Quando se fere, as feridas demoram para cicatrizar?		
5	Teve alguma reação a medicamentos?		
6	Você é alérgico?		
7	Sofre de asma?		
8	Tem dificuldade de respirar pelo nariz?		
9	Costuma desmaiar com frequência?		
10	Sofre de tonturas?		
11	Teve convulsão alguma vez?		
12	É portador de distúrbios cardíacos?		
13	Tem problema de pressão arterial?		
14	Tem formigamento ou edema nas mãos ou nos pés?		
15	É diabético?		
16	É hemofílico?		
17	Teve hepatite?		
18	Sangra muito quando se fere ou extrai dente?		
19	Tem dores na região da nuca?		
20	Tem zumbido nos ouvidos?		
21	Sua mandíbula estala quando mastiga?		
22	Já tomou anestesia p/ tratar ou extrair dente?		
23	Teve reação?		
24	Teve alguma dor de dente por causa do calor, frio ou doce?		
25	Sente retenção de alimento entre os dentes?		
26	Mastiga só de um lado da boca?		
27	Sente dor na articulação temporo-mandibular (perto do ouvido)?		
28	Range os dentes?		
29	Roe unhas?		
30	Toma refrigerante diariamente?		
31	Costuma comer novamente entre as refeições?		
32	Sente sua gengiva inchada ou sangrando?		
33	Já sofreu transfusão de sangue?		
34	Quando realizou seu último exame dentário?		

Data: ____/____/20____

 Assinatura do paciente ou responsável

Estado Atual das arcadas

Anotação das patologias existentes, ausência de elementos dentários, próteses, tratamentos endodônticos, tipo de oclusão e outros dados a critério do cirurgião-dentista.

38-	18-
37-	17-
36-	16-
35-	15-
34-	14-
33-	13-
32-	12-
31-	11-

41-	21-
42-	22-
43-	23-
44-	24-
45-	25-
46-	26-
47-	27-
48-	28-

Observações:

Assinatura do paciente ou responsável

Data: ____/____/20____