

TERMO DE CIÊNCIA DE ENCAMINHAMENTO

Declaro que o paciente _____ não se enquadra nos critérios de exclusão (síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa; pacientes oncológicos em tratamento com radioterapia de cabeça e pescoço ou quimioterapia com uso de bifosfonatos; pacientes que concluíram tratamento oncológico de radioterapia de cabeça e pescoço com tempo menor que 90 dias; lesões orais sem diagnóstico concluído ou duvidoso; situações clínicas de tecidos moles e duros da anatomia da cavidade oral do paciente que IMPOSSIBILITEM ou COMPROMETAM a adaptação e consequentemente a retenção e estabilidade da prótese e que necessitam, portanto, de adequação cirúrgica pré-protética). Não há a presença de restos radiculares, não há lesões de cárie, restaurações infiltradas ou desadaptadas, e não há doença periodontal severa instalada. Paciente não possui prótese dentária confeccionada há menos de 5 anos. Bem como, se enquadra dentro dos critérios de inclusão estabelecidos em Protocolo Municipal.

- Qualidade de rebordo:

() adequado: Rebordo com qualidade para receber prótese, sem a presença de espículas ósseas, não reabsorvido.

() inadequado: Rebordo atrófico, não favorável, porém paciente opta por realizar a prótese (TCLE assinado).

- Justificativa: pacientes com rebordos muito atróficos ou não favoráveis ou que optarem por confeccionar a prótese, devem ser esclarecidos que devido a pouca retenção pode haver a dificuldade da estabilidade das peças. Caso o paciente opte também por fazer a prótese em apenas uma das arcadas, mesmo que a indicação seja de realizar ambas para melhor distribuição de forças de mordida, devem ser esclarecidos sobre as desvantagens, consequências e riscos. A arcada antagonista deve estar com tratamento odontológico concluído.

Portanto o(a) usuário(a) acima nominado(a) deve ser incluído em fila de espera para:

() PRÓTESE TOTAL SUPERIOR

() PRÓTESE TOTAL INFERIOR

() PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL INFERIOR

() PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL SUPERIOR

Critérios de Prioridade:

() Cadastro Único atualizado e estar inserido em Programa Assistencial;

() Pessoa com deficiência;

() Em caso de PPR: ausência de dentes anteriores;

() Critérios clínicos, descreva:

Fazenda Rio Grande, ____/____/____

CIRURGIÃO-DENTISTA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AUTORIZAÇÃO DE PRÓTESE

Pelo presente instrumento, eu, _____, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pela Equipe de Saúde Bucal sobre os procedimentos que vou me submeter para confecção de Prótese Dentária. Fui esclarecido(a) quanto a minha condição clínica, sobre a retenção e a estabilidade das próteses, estética dos dentes e grampos (se for o caso) e cuidados de uso e tipo de prótese.

Estou ciente que me submeterei a um tratamento que exige várias consultas e devo comparecer ao local e horário agendados, para a realização de todas as etapas de confecção de próteses dentárias. Comprometo-me a não faltar sem justificativa nas consultas agendadas e seguir todas as orientações profissionais que me forem repassadas para o bom andamento de meu tratamento. Estou ciente que se faltar nas consultas, sem justificativa ou aviso prévio, perderei o direito à vaga.

Declaro que sou morador de Fazenda Rio Grande-PR, e que vou manter meus dados cadastrais atualizados na UBS de origem.

Fazenda Rio Grande, ____/____/____

ASSINATURA DO USUÁRIO(A)