

INFORMAÇÕES SOBRE O DOENTE (Preencher em maiúsculas)

Data _____

Nome do doente _____

Data de nascimento _____ Idade _____ Sexo **M** **F** NISS _____

Morada _____

Cidade _____ Estado _____ Código postal _____

Tel. _____ Tlm. _____

E-mail _____

Quem nos recomendou ou como nos descobriu? _____

CONTACTO DE EMERGÊNCIA

Nome _____ Parentesco _____

Tel. _____ Tlm. _____

INFORMAÇÃO SOBRE O SEGURO

Seguradora _____ Tel. _____

N.º de identificação _____ N.º de grupo _____

Nome do segurado (caso não seja o doente) _____

Data de nascimento do segurado _____ NISS _____ Parentesco _____

TRANSFERÊNCIA E CESSÃO

Certifico que eu e/ou o(s) meu(s) dependente(s), possui(possuímos) cobertura com a Seguradora anteriormente referida e atribuímos todos os benefícios no âmbito do seguro, caso existam, directamente à Dr. Dental, caso existam, por serviços prestados. Compreendo que sou financeiramente responsável por todos os encargos, quer estes sejam ou não pagos pelo seguro. Autorizo a utilização da minha assinatura em todas as apresentações de pedido de seguro.

O estabelecimento médico anteriormente referido pode utilizar as minhas informações clínicas e pode divulgar estas informações à(s) seguradora(s) anteriormente indicada(s) e aos seus respectivos agentes para efeitos de obtenção de pagamentos por serviços prestados e para determinação de benefícios do seguro ou de benefícios devidos por serviços relacionados. Esta autorização manter-se-á em vigor enquanto eu for doente do estabelecimento médico anteriormente indicado.

Historico Dental

Qual e a razão para a visita de hoje _____ Data da ultima visita _____ Data da ultima radiografia tirada _____

Nome do seu Dentista _____ Com qual frequencia voce escova os seus dentes _____

Com qual frequencia voce passa o fio dental _____

Voce tem algum dos seguintes:

Mal Alito	Sim Não	Roe Unha	Sim Não	Algum tipo de dor	Sim Não
Gengiva que sangra	Sim Não	Objeto na boca	Sim Não	Respira pela boca	Sim Não
Feridas ou Bolhas	Sim Não	Arrasta o dente	Sim Não	Usa aparelho	Sim Não
Queimadura na lingua	Sim Não	Inchaco	Sim Não	Tratamento de periodontia	Sim Não
Mastiga so de um lado	Sim Não	Dor no queixo	Sim Não	Sensitividade	Sim Não
Fumante	Sim Não	Morde os labios e a buchecha	Sim Não	Boca Seca	Sim Não
Queixo que estala ou faz barulho	Sim Não	Dentes abturados ou dentes que estao moles	Sim Não	Abturacoes quebradas	Sim Não

Assinatura do paciente , ou guardiao ou representante _____

Por favor escreva o nome do paciente ou guardiao _____

Data _____

Qual a relacao com o paciente _____



HISTORIAL CLÍNICO

Nome do doente (em maiúsculas) _____

Assinale "sim" ou "não" com um círculo para indicar se padece ou já padeceu das seguintes doenças:

SIDA/VIH	Sim Não	Epilepsia	Sim Não	Doença respiratória	Sim Não
Anemia	Sim Não	Desmaios ou tonturas	Sim Não	Febre reumática	Sim Não
Artrite	Sim Não	Glaucoma	Sim Não	Escarlatina	Sim Não
Válvulas cardíacas artificiais	Sim Não	Enxaquecas	Sim Não	Dispneia	Sim Não
Próteses articulares	Sim Não	Sopro cardíaco	Sim Não	Sinusite	Sim Não
Asma	Sim Não	Problemas cardíacos	Sim Não	Erupção cutânea	Sim Não
Problemas lombares	Sim Não	Hepatite de tipo _____	Sim Não	Dieta especial	Sim Não
Hemorragia anormal	Sim Não	Herpes	Sim Não	Acidente vascular cerebral	Sim Não
Doença sanguínea	Sim Não	Hipertensão	Sim Não	Pés/tornozelos inchados	Sim Não
Cancro	Sim Não	Icterícia	Sim Não	Pescoço/gânglios inchados	Sim Não
Dependência química	Sim Não	Dor maxilar	Sim Não	Problemas de tiróide	Sim Não
Quimioterapia	Sim Não	Doença hepática	Sim Não	Amigdalite	Sim Não
Problemas de circulação sanguínea	Sim Não	Hipotensão	Sim Não	Tuberculose	Sim Não
Lesão cardíaca congénita	Sim Não	Prolapso mitral	Sim Não	Tumores	Sim Não
Tratamentos à base de cortisona	Sim Não	Problemas no sistema nervoso	Sim Não	Úlceras	Sim Não
Tosse, persistente, com sangue	Sim Não	Pacemaker	Sim Não	Doença sexualmente transmissível	Sim Não
Diabetes	Sim Não	Tratamento psiquiátrico	Sim Não	Perda de peso, acentuada	Sim Não
Enfisema	Sim Não	Tratamento por radiação	Sim Não	ADD/ADHD	Sim Não
(Outro) Não especificado _____	Sim Não	Sim Não			
Utiliza lentes de contacto?	Sim Não	Voce fuma ou mastiga tabacco? _____	Sim Não	Com que frequencia? _____	
Toma anticoncepcionais?	Sim Não	Cirurgia ? _____		Data? _____	
Voce tem juntas artificiais?	Sim Não				
Está grávida?	Sim Não	Data prevista do parto _____		Está a amamentar?	Sim Não

Nome e número de telefone do médico _____

Já alguma vez tomou algum fármaco do grupo de fármacos colectivamente referido como "fen-phen"? Estes incluem combinações de Ionimin, Adipex, Fastin, (denominações comerciais de fentermina), Pondimin (fenfluramina) e Redux (dexfenfluramina) **Sim Não**

MEDICAMENTOS

Anote quaisquer medicamentos que esteja actualmente a tomar.

ALERGIAS

Assinale com um círculo as alergias indicadas ou refira outras alergias não indicadas.

Aspirina
Barbitúricos (soporíferos)
Codeína
Iodo
Outro _____

Látex
Anestésico local
Penicilina

Assinatura do doente _____ Data _____

Assinatura do médico _____ Data _____

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO GERAL

**Leia atentamente este formulário. Caso tenha dúvidas,
o nosso pessoal terá todo o prazer em ajudá-lo.**

- 1.) Autorizo e instruo por este meio o dentista e/ou auxiliares de medicina dentária a realizarem o tratamento dentário utilizando quaisquer radiografias (raios-x) necessárias ou recomendáveis e/ou quaisquer outros auxiliares de diagnóstico a fim de procederem a um diagnóstico e plano de tratamento completo.
- 2.) Compreendo que os raios-x, fotografias, moldes da boca e/ou outros auxiliares de diagnóstico utilizados para obter um diagnóstico exacto e o plano de tratamento pertencem aos médicos mas que poderei solicitar cópias de determinados auxiliares de diagnóstico mediante pedido e pagamento de uma taxa.
- 3.) De um modo geral, o(s) procedimento(s) dentário(s) pode(m) incluir, embora sem carácter limitativo:
 - A. Exame oral completo, radiografias, limpeza dos dentes e aplicação de um fluoreto tópico.
 - B. Aplicação de “vedantes” de resina em ranhuras dos dentes.
 - C. Tratamento de dentes doentes ou portadores de lesões com restaurações dentárias (obturações).
 - D. Tratamento de tecido oral doente ou ferido resultante de lesões e/ou acidentes traumáticos e/ou infecções
- 4.) Compreendo que o médico não é responsável por tratamentos dentários anteriores realizados noutros consultórios. Compreendo que, ao longo do tratamento, as próteses já existentes podem necessitar de ser ajustadas e/ou substituídas. Tenho a percepção de que nem sempre é possível dar garantias de resultados ou satisfação absoluta no serviço de saúde dentária.
- 5.) Certifico que eu e/ou os meus dependentes possuem cobertura de seguro e atribuo directamente ao dentista todos os benefícios de seguro pelos serviços prestados. Compreendo que sou financeiramente responsável por todos os encargos, quer estes sejam ou não pagos pelo seguro. Autorizo a utilização da minha assinatura em todas as apresentações de pedido de seguro.
- 6.) Respondi a todas as questões relacionadas com o historial clínico passado e presente da minha pessoa ou dos meus dependentes de forma completa e honesta. Informei o dentista ou outro pessoal do consultório acerca todas as doenças, incluindo alergias. Compreendo igualmente que se eu ou o meu dependente sofrermos quaisquer alterações no estado de saúde ou de medicação, irei informar o médico na consulta seguinte.

Confirmo por este meio que li e compreendo este consentimento e o significado do seu teor. Todas as questões foram respondidas de forma satisfatória e considero ter informação suficiente para dar este consentimento informado. Declaro ainda ter conhecimento de que este consentimento manter-se-á em vigor até ser revogado por mim.

NOME DO DOENTE

DATA DE NASCIMENTO

PROGENITOR/TUTOR SE O DOENTE FOR MENOR DE IDADE

PARENTESCO COM O DOENTE

ASSINATURA

DATA

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

1. Fármacos e medicamentos:

Compreendo que antibióticos e analgésicos e outros medicamentos podem causar reacções alérgicas provocando vermelhidão e dilatação dos tecidos, dor, prurido, vômitos e/ou choque anafilático (reacção alérgica grave)..... (Rubrica _____)

2. Alterações no plano de tratamento:

Compreendo que, durante o tratamento, pode ser necessário alterar ou adicionar procedimentos devido a condições encontradas durante o trabalho dentário que não foram descobertas durante o exame, sendo o mais comum o tratamento de canais radiculares a seguir a procedimentos de restauração de rotina. Autorizo o dentista a fazer todas e quaisquer alterações e adições que considere necessárias depois de terem sido descobertas e discutidas..... (Rubrica _____)

3. Remoção de dentes: Numero dos dentes _____

Ser-me-ão explicadas alternativas para a remoção (tratamento de canais radiculares, coroas, próteses dentárias e cirurgia periodontal, etc.) e poderei optar pelo melhor procedimento para mim. Compreendo que a remoção de dentes nem sempre remove toda a infecção, caso esta exista, e que podem ser necessários mais tratamentos. Compreendo os riscos que a remoção de dentes envolve, alguns dos quais são dor, inchaço, disseminação da infecção, alveolite seca, perda de sensibilidade nos meus dentes, lábios, língua e tecido circundante (parestesia) que podem durar um período de tempo indefinido (dias ou meses) ou maxilar fracturado.

Compreendo que poderei necessitar de tratamentos adicionais realizados por um especialista ou até mesmo de hospitalização se ocorrerem complicações durante ou após o tratamento, sendo que os respectivos custos serão da minha responsabilidade..... (Rubrica _____)

4. Coroas e pontes: Numero dos dentes _____

Compreendo que por vezes não é possível obter exactamente a cor dos meus dentes naturais nos dentes artificiais. Compreendo que poderei ter de utilizar coroas temporárias, que saem facilmente, e que deverei ter cuidado para garantir que estas se mantêm no lugar até à colocação das coroas permanentes. Compreendo que a última oportunidade para fazer alterações na minha nova coroa/ponte (incluindo formato, ajuste, tamanho, cor) será antes da cementação..... (Rubrica _____)

5. Tratamento endodóntico (tratamento de canais radiculares):

Numero dos dentes _____

Compreendo que não existe qualquer garantia de que o tratamento de canais radiculares salve o meu dente e que podem ocorrer complicações resultantes do tratamento, e que ocasionalmente são cementados objectos metálicos no dente ou na extensão do mesmo até à raiz, o que não afecta necessariamente o êxito do tratamento. Compreendo que é possível que ocasionalmente sejam necessários procedimentos cirúrgicos adicionais a seguir ao tratamento de canais radiculares (apicectomia)..... (Rubrica _____)

6. Perda periodontal (tecido e osso):

Descricao de tratamento: _____

Compreendo que a doença periodontal é uma doença grave, provocando uma infecção ou perda de gengiva e de osso que pode resultar na perda dos meus dentes. Ser-me-ão explicados planos de tratamento alternativo, incluindo cirurgia periodontal, substituições e/ou extracções. Compreendo que a realização de quaisquer procedimentos dentários pode ter efeitos adversos futuros na minha doença periodontal..... (Rubrica _____)

7. Raios-X:

Compreendo que os raios-x são necessários para a realização de um diagnóstico e tratamento adequados..... (Rubrica _____)

8. Próteses dentárias, completas ou parciais:

Maxiliar _____ Mandibular _____

Compreendo que as próteses dentárias totais ou parciais são artificiais, construídas em plástico, metal e/ou porcelana. Foram-me explicados os problemas que a utilização destes aparelhos envolve, incluindo, folga, dor e possível fractura. Compreendo que a última oportunidade para fazer alterações nas minhas novas próteses dentárias (incluindo formato, ajuste, tamanho, colocação e cor) será na consulta de prova do molde.

Compreendo que a maior parte das próteses dentárias necessitam de ser revestidas de novo aproximadamente três a doze meses após a colocação inicial. O custo destes procedimentos não está incluído nas tarifas iniciais relativas à prótese dentária. Compreendo que a utilização de próteses dentárias é difícil e que existem problemas comuns, tais como pontos dolorosos, alteração na forma como fala e dificuldade em comer. As próteses dentárias imediatas (colocação de próteses imediatamente após extracções) podem ser muito dolorosas, irão necessitar de ajustes consideráveis e vários revestimentos e necessitarão de um novo revestimento permanente posteriormente; este procedimento NÃO está incluído nas tarifas relativa à prótese dentária. É necessário fazer o molde necessário, as consultas de prova do molde e de entrega da prótese; o não comparecimento nestas consultas pode resultar em próteses dentárias mal ajustadas e na necessidade de refazê-las, originando encargos adicionais..... (Rubrica _____)

9. Obturações:

Compreendo que deverei ter cuidado ao mastigar sobre as obturações, especialmente durante as primeiras 24 horas, para evitar a sua fractura. Compreendo que poderá ser necessária uma obturação mais dispendiosa devido a cáries adicionais que possam ser vistas através de um raio-x e que é comum existir uma sensibilidade significativa após a realização de uma nova obturação..... (Rubrica _____)

Compreendo que a medicina dentária não é uma ciência exacta e que, por conseguinte, os médicos respeitáveis não podem garantir totalmente os resultados. Reconheço que não foi feita qualquer garantia por qualquer pessoa relativamente ao tratamento dentário que solicitei e autorizei.

Tive a oportunidade de ler este formulário e de colocar questões. As minhas questões foram respondidas de forma satisfatória. Autorizo o tratamento proposto.

Nome do doente em maiúsculas

Data

Assinatura do doente

Assinatura do progenitor/tutor se o doente for menor de idade

Assinatura do médico

Data

ACEITAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Tive oportunidade de ler e de analisar o “Aviso de práticas de privacidade”.

Doente _____ Data de nascimento _____

Progenitor/Tutor _____

Assinatura _____ Data _____