

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Paciente:

.....

Endereço:.....

.....

Telefones:

.....

Email:

.....

....

CPF:.....

RG:

.....

Pai:

.....

.....

Mãe:

.....

.....

### 1. Ortodontia e seus benefícios:

A Ortodontia é muito importante para melhorar a saúde bucal e alcançar o equilíbrio e harmonia entre dentes e face, com o objetivo de se obter melhoras na função mastigatória, e melhoras na estética no sorriso. Dentes bem posicionados permitem uma higienização mais fácil, reduzindo a incidência e cáries e doenças gengivas. O bom resultado do tratamento ortodôntico está vinculado à capacidade do profissional que o executa e também da cooperação do paciente durante o tratamento. Parte dessa cooperação é resultado do conhecimento das etapas do tratamento, suas regras, riscos e benefícios.

### 2. Problemas potenciais, riscos e limitações do tratamento ortodôntico:

As atividades na área da saúde, incluindo a ortodontia, possuem riscos e limitações. É importante que você os conheça:

- **Tempo de tratamento:** A previsão do tempo de tratamento não é exata, sendo o tempo estimado para o seu caso de ..... meses. O tempo de tratamento pode variar de acordo com as limitações do caso, variações individuais e cooperação do paciente;
- **Dieta e higiene:** A alimentação inadequada, rica em açúcares, somado a uma escavação inadequada, pode manchar permanentemente os dentes com manchas brancas. Esse problema pode ser agravado com inflamação na gengiva e, em casos extremos, chegar a perda do suporte ósseo. Os cuidados com a higiene oral e visitas periódicas ao dentista clínico são fundamentais para o controle desses problemas. É bom lembrar que esses não são causados pelo aparelho, mas pela falta de higiene apropriada.

- **Reabsorção radicular:** É comum acontecer o arredondamento das raízes dos dentes (perda da ponta da raiz) quando submetidos ao tratamento ortodôntico. Em casos raros, a perda de raiz é mais importante, reduzindo o comprimento desse tecido. Alguns pacientes tem maior tendência a esse tipo de situação. As radiografias solicitadas durante ao tratamento possuem o objetivo de monitorar essa possibilidade. Caso seja detectado esse processo você será alertado.
- **Tratamento de canal:** Em casos raros, alguns pacientes ortodônticos apresentam problemas endodônticos (no canal do dente) durante o tratamento. Esse fato raramente está relacionado com tratamento ortodôntico, estando mais ligado a traumatismos dentários, apertamento de dentes, bruxismo, dentre outros fatores. Caso diagnostica essa condição, o paciente será alertado a procurar um especialista para realizar o tratamento adequado.
- **Recidivas:** Esse é o nome dado a tendência do dente voltar para sua posição de origem após o término do tratamento ortodôntico. Essa situação pode ser minimizada pelo uso de contenções (aparelhos fixos ou móveis entregues para o paciente ao final do tratamento). Aconselha-se o uso das contenções após do tratamento para dificultar a tendência de recidiva natural dos dentes. Não podemos esquecer que ao longo da vida poderão ocorrer pequenas movimentações dentárias e alterações na posição da mordida (occlusão) por influencia de diversos fatores como idade, hábitos, restaurações dentárias, apertamento ou bruxismo, traumatismos, dentre outros.
- **Irritações:** Quando se inicia o tratamento é comum termos desconforto inicial, como dores nos dentes, aftas, alterações leves na fala e deglutição. Esses sintomas tendem a desaparecer logo nos primeiros 15 dias de tratamento, sendo que após a reativação do aparelho, os dentes podem voltar a ficar doloridos.

### 3. Tratamento orto-cirúrgico:

Os tratamentos orto-cirúrgicos são propostos aos pacientes que possuem alterações nos ossos na face e arcos dentários, afetando sua estética facial. Nesses casos o paciente precisa fazer uma consulta com o cirurgião Bucomaxilofacial para que esse possa informar todos os benefícios e as limitações/intercorrências sobre os procedimentos cirúrgicos. Após adequada orientação, o paciente inicia o tratamento que terá uma fase de tratamento ortodôntico pré-cirúrgico (cujo tempo vai variar de caso para caso), fase cirúrgica (acompanhamento pós operatório imediato), e tratamento pós cirúrgico. O paciente deve estar ciente que o preparo ortodôntico para cirurgia ortognática piora momentaneamente o caso do paciente de forma intencional, com finalidades cirúrgicas, sendo que, não sera possível reverter o preparo caso haja desistência do procedimento cirúrgico.

### 4. Tratamento com aparelhos móveis e alinhadores:

Os resultados do tratamento com aparelhos removíveis depende muito da cooperação do paciente e seu responsável. É de grande importância que o paciente siga as recomendações dos profissionais quando ao uso e cuidados com o aparelho. A não cumprimento das recomendações pode comprometer o resultado final do tratamento.

### 5. Término do tratamento ortodôntico:

Após finalização do tratamento ortodôntico será necessário realizar nova documentação ortodôntica e instalação/utilização de aparelhos de contenção conforme orientação do profissional. O paciente deverá retornar às consultas para

controle após 30 dias, 3 meses, 6 meses e 1 ano pós tratamento. Essas consultas de retorno serão cobradas o valor de uma consulta vigente na época.

#### **6. Cuidados com aparelhos fixos:**

- Deve-se evitar quebras dos aparelhos fixos, pois as mesmas podem atrasar ou atrapalhar o andamento do tratamento. Para isso, recomenda-se evitar alimentos duros/ pegajosos e evitar hábitos como morder a tampa de caneta, roer unha, dentre outros.
- Deve-se realizar um ótimo controle da higiene bucal. O paciente será ensinado no início do tratamento de como fazer a sua higiene de forma correta. É importante usar escova macia média e fio dental. Caso haja alguma dúvida quanto á higienização bucal, avise o profissional para que ele possa orientá-lo da melhor forma.
- Recomenda-se utilizar protetores bucais para pratica de exercícios físicos de contato. Em caso de dúvida, pergunte ao seu dentista.

#### **7. Cuidados com aparelhos móveis:**

- Remova os aparelhos para praticar esportes.
- Sempre faça a correta higiene dos aparelhos utilizando detergente ou sabão neutro e escova de dente macia.
- Evite perder ou danificar o seu aparelho, guardando os mesmos na sua caixa apropriada.
- Use o seu aparelho da forma como o seu dentista solicitou. Colabore com o tratamento para que o resultado esperado seja alcançado.

#### **8. Pagamento:**

Valor ..... do ..... tratamento:

O paciente ou seu responsável deverá fazer o acerto no início do tratamento, sendo que o valor poderá ser parcelado ou pago á vista. Aparelhos removíveis quebrados ou danificados deverão ser substituídos por novos e pagos novamente. O valor a ser pago irá variar de acordo com a época da reposição. No período de contenção o paciente fará o acerto do valor da consulta vigente na época.

#### **9. Falta:**

Durante o período ativo do tratamento o paciente devesse evitar faltas, uma vez que as mesmas podem atrapalhar o andamento do tratamento. Em caso de falta, o paciente devesse avisar com antecedência e providenciar o reagendamento da sua consulta. O reagendamento será feito de acordo com a disponibilidade da agenda do profissional, podendo o paciente não conseguir vagas próximas a data da desistência. É de responsabilidade do paciente manter seu cadastro (telefone e endereço) sempre atualizado, para que o consultório possa fazer contato com você sempre que necessário.

#### **10. Cancelamentos:**

No caso de desistência ou abandono no tratamento por parte do paciente ou responsável, deverá ser assinado um termo de desistência, responsabilizando integralmente pela interrupção. Poderá o ortodontista suspender o tratamento quando

não houver colaboração no paciente com uso de aparelhos e dispositivos auxiliares, cuidados, higiene e faltas, ou seja, situações que comprometam os resultados finais do tratamento.

Eu, .....  
reconheço que as principais considerações e riscos sobre o tratamento ortodôntico foram a mim apresentados, já que li e entendi as informações contidas nesses termos. Declaro ainda que tive oportunidade de discutir o plano de tratamento, alternativas de tratamento, limitações e tempo provável de tratamento com o (a) Dr.(a)

..... Declaro também que tive oportunidade de solucionar minhas dúvidas a respeito de todos os procedimentos a serem realizados. Autorizo a utilização da minha documentação, incluindo fotografias iniciais, trans e pós tratamento, com finalidade de consulta profissional, educação e pesquisa.

Belo Horizonte, ..... de ..... de .....

.....  
Paciente ou responsável

.....  
Testemunha

.....