Clínica / carimbo

História clínica e consentimento para tratamento dentário

Dados do cliente

Nome completo

Data de nascimento

Telefone

Data

FICHA DE SAÚDE DO PACIENTE / CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DENTÁRIO

Contraindicações importantes — informe o médico dentista antes do tratamento

- Bifosfonatos (risco de osteonecrose dos maxilares — informe OBRIGATORIAMENTE!)
- Pacemaker ou próteses valvulares cardíacas
- Hemofilia e alterações da coagulação
- Gravidez (sobretudo no 1.º e no 3.º trimestre — anestesia com precaução)
- Alergia à lidocaína / articaína (anestésicos)
- Herpes ativo na boca ou à volta
- Uso de anticoagulantes (ácido acetilsalicílico, rivaroxabano, varfarina, apixabano)
- Enfarte ou AVC nos últimos 6 meses
- Doenças autoimunes (artrite reumatoide, síndrome de Sjögren)

HISTÓRIA CLÍNICA — preenchimento obrigatório. Omitir informação pode pôr em risco a saúde e a vida do paciente.

Doenças cardíacas (enfarte, hipertensão, doença valvular, doença coronária) ou enfarte/AVC nos últimos 6 meses? ☐ Sim ☐ Não

Pacemaker ou próteses valvulares cardíacas? ☐ Sim ☐ Não

Doenças do sangue (anemia, hemofilia, alterações da coagulação)? ☐ Sim ☐ Não

Diabetes, doenças da tiroide, asma brônquica? ☐ Sim ☐ Não

Doenças infecciosas (hepatite B/C, VIH, tuberculose)? ☐ Sim ☐ Não

Gravidez? ☐ Sim ☐ Não

Se SIM — semana de gravidez

Alergias a medicamentos / látex / metais (indique quais ou escreva NENHUMA)

Anticoagulantes (ácido acetilsalicílico, rivaroxabano, varfarina, apixabano)? ☐ Sim ☐ Não

☐ OSTEOPOROSE / bifosfonatos — omitir esta informação pode causar osteonecrose dos maxilares!

Já teve alguma reação alérgica à anestesia local? ☐ Sim ☐ Não

Medicação habitual

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO — Dou o meu consentimento esclarecido para a observação da cavidade oral, a administração de anestesia local, a realização de exames radiológicos e a execução do plano de tratamento dentário proposto. Fui informado(a) de forma completa pelo médico dentista sobre o procedimento previsto, as possíveis complicações, os métodos de tratamento alternativos e os custos estimados. Todas as informações de saúde que indiquei são verdadeiras.

☐ *Consinto na realização das radiografias recomendadas. Fui informado(a) da utilização de radiação ionizante para fins de diagnóstico, que implica um risco mínimo para a saúde.*

☐ *Dou o meu consentimento esclarecido para o tratamento dentário e a administração de anestesia local (artigos 22.º a 26.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas e artigo 157.º do Código Penal)*

☐ *Confirmo que tomei conhecimento da informação acima sobre o tratamento dos meus dados de saúde para fins de diagnóstico e tratamento*

A indicação dos dados de contacto é necessária para executar o plano de tratamento sem contratempos. A clínica reserva-se o direito de o contactar para fins terapêuticos e organizativos (artigo 6.º, n.º 1, alínea b), e artigo 9.º, n.º 2, alínea h), do RGPD).

☐ *Consinto receber comunicações de marketing (newsletter, campanhas de prevenção, promoções) — consentimento facultativo, que pode ser retirado a qualquer momento*

DECLARAÇÃO SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS – Confirmo que fui informado(a) de que o responsável pelo tratamento dos meus dados é _____, com sede em _____, NIF/NIPC: _____. A clínica trata os meus dados de saúde para fins de diagnóstico e tratamento, ou seja, para a prestação de cuidados de saúde, por profissionais sujeitos ao dever de sigilo (artigo 9.º, n.º 2, alínea h), do RGPD e artigo 29.º da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto). O processo clínico é conservado durante, pelo menos, 20 anos, e a informação clínica nele contida pertence ao paciente (artigo 30.º, n.os 1 e 3, do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas, Regulamento n.º 515/2019). Além da clínica, só têm acesso aos meus dados os subcontratantes que atuam por sua conta (por exemplo, prestadores de serviços informáticos e de alojamento), vinculados por contrato a deveres de confidencialidade e de segurança dos dados. Tenho direito de acesso aos meus dados, de pedir a sua retificação e a limitação do tratamento; o direito ao apagamento não abrange a documentação clínica que a clínica é obrigada a conservar. Posso apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD, Av. D. Carlos I, 134, 1.º, 1200-651 Lisboa, www.cnpd.pt) e recorrer aos tribunais. Em Portugal, o RGPD é executado pela Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto.

Data

Assinatura do paciente (história clínica, consentimento para o tratamento e RGPD)

Indicações após extração / cirurgia oral

INDICAÇÕES APÓS EXTRAÇÃO / CIRURGIA — Leia e confirme cada ponto. O incumprimento pode causar uma complicação que obrigue a nova consulta.

1. COMPRESSA: morda durante 30 a 40 minutos, sem cuspir. Uma pequena perda de sangue durante algumas horas é normal. Se a hemorragia durar mais de 1 hora — coloque uma nova compressa e contacte a clínica.

☐ Compreendo as instruções sobre a compressa e sei quando devo contactar a clínica

2. ALIMENTAÇÃO: não coma nem beba durante 2 horas (até passar o efeito da anestesia). Durante 24 horas: alimentação fria e mole (iogurte, sopa). Evite bebidas quentes.

☐ Comprometo-me a não comer durante 2 horas e a manter uma alimentação fria e mole durante 24 horas após o tratamento

3. PROIBIÇÃO ABSOLUTA durante 24 a 48 horas: fumar, beber por palhinha, esforço físico intenso, bochechar. Qualquer destas ações pode provocar uma alveolite seca — uma situação extremamente dolorosa que exige novo tratamento.

☐ Compreendo e comprometo-me a evitar totalmente fumar, beber por palhinha e esforço intenso durante pelo menos 24 horas

4. HIGIENE: escove os dentes normalmente, evitando a zona tratada. A partir do dia seguinte: bocheche suavemente com água e sal depois das refeições. Evite colutórios com álcool.

☐ Compreendo as instruções de escovagem e de bochecho após a cirurgia

5. MEDICAÇÃO: tome os analgésicos / o antibiótico conforme a indicação do médico dentista. Evite o ácido acetilsalicílico (aumenta a hemorragia). Se a dor aumentar depois do 3.º dia — contacte de imediato a clínica.

☐ Vou tomar a medicação conforme indicado e contactarei a clínica se a dor aumentar depois do 3.º dia

Data

Assinatura do paciente (receção das indicações após a extração)