

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome completo | Clínico responsável: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Anamnese

- Doenças Existentes (especificar) \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Histórico de Doenças (especificar) \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Hipertensão Arterial \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Problema cardíacos ou coronários \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Medicações em uso (especificar) \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Fatores que interferem na cicatrização do tecido ósseo/mole (especificar) \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Condições oclusais inadequadas \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Parafunção \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Usuário de droga, tabaco ou álcool \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Higiene oral inadequada \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Exposição do paciente à radiação \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Distúrbios psicológicos ou neurológicos \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )

### Exames Realizados

- Diagnose oral completa \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Exames por imagem (especificar) \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Outros exames (especificar) \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )

Comentários (descrever histórico de doenças / medicamentos / fatores que comprometem a cicatrização):

---

---

---

---

## PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

### Registros de pré-procedimento – medicamentos

---

---

---

### Procedimentos

- Levantamento do seio maxilar \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Enxerto\* (se SIM, preencher com inicial conforme legenda abaixo). \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Função imediata \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Prótese provisória \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Observação do Protocolo Cirúrgico recomendado \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Realização de exames por imagem-pós cirúrgico (especificar) \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )
- Utilização de componentes originais *P-I Brånemark* \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ( )

Especificar exames:

---

---

---

\*A=autógeno | S=sintético | B=banco de ossos

### Registros de pós-procedimento – cuidados e recomendações ao paciente

---

---

---

**REGISTRO DE PRODUTOS**

Cód. Produto	Lote	Instalação (dd/mm/aa)	Reabertura (dd/mm/aa)	Prótese (dd/mm/aa)	Perda (dd/mm/aa)	Posição (N° Dente)	Tipo Tecido Ósseo	Torque Final (N.cm)
Espaço para fixação de Etiquetas de identificação								
Espaço para fixação de Etiquetas de identificação								
Espaço para fixação de Etiquetas de identificação								
Espaço para fixação de Etiquetas de identificação								
Espaço para fixação de Etiquetas de identificação								
Espaço para fixação de Etiquetas de identificação								
Espaço para fixação de Etiquetas de identificação								
Espaço para fixação de Etiquetas de identificação								
Espaço para fixação de Etiquetas de identificação								
Espaço para fixação de Etiquetas de identificação								

Deseja reposição por mesmas medidas? Sim ( ) Não ( )

Se NÃO, especificar medidas:

---



---

**Outras informações relativas ao tratamento do paciente na clínica:**

---

---

---

---

---

---

Em sua opinião clínica, qual o motivo da perda do produto?

---

---

---

Deseja contato do Suporte Clínico?

Sim ( ) Não ( )

**Termo de Garantia - instruções e condições para reposição de produtos**

O processo de análise e reposição de produtos é limitado a Implantes e Pilares e tem início mediante a apresentação do produto perdido, limpo e esterilizado, acompanhado do Termo de Garantia, preenchido e completo, em até 90 dias contados a partir da data de perda dos produtos. É facultado à empresa solicitar informações adicionais, detalhadas e formais. Não estão cobertos pela garantia, sem limitação, perdas de produtos por acidente, trauma, quaisquer prejuízos causados pelo paciente ou terceiros, pela inobservância de contra-indicações ao tratamento e procedimentos clínicos incompletos ou inadequados. Os custos com outros produtos, materiais, serviços e honorários profissionais, sem limitação, não estão cobertos. A empresa pode modificar ou cancelar as condições do Termo de Garantia a qualquer tempo, total ou parcialmente, sem aviso prévio. A assinatura deste documento representa a aceitação dos termos e condições estabelecidas.

---

Assinatura do profissional responsável pelo paciente

