

## RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS EM IMPLANTODONTIA (RPI) - INICIAL

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		
Nome:	Data de nascimento:	
Nº Cartão IPSM:	Nº Matrícula:	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Nome:	CNPJ:	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
Nome:	CRO/UF:	Especialidade:

1. Plano de tratamento PT/SIGAS: \_\_\_\_\_

1.1 Identifique o dente/região do plano de tratamento proposto lançado no SIGAS \_\_\_\_\_

2. Selecionar o(s) subgrupo(s) de procedimentos de implantodontia da tabela odontológica do SISAU, considerando o enquadramento do paciente nas indicações de tratamento previstas nos critérios técnicos correspondentes.

80290000 - Prótese unitária e prótese fixa metalocerâmica sobre implantes

80310001 - Próteses totais removíveis ou Protocolo sobre implantes

80320007 - Militar amparado em Atestado de Origem (AO) ou paciente com seqüela de doença cística/tumoral

3. Justificativas para a indicação de reabilitação oral com implantes, detalhamento do planejamento e considerações gerais:

4. O tratamento clínico e/ou especializado foi concluído previamente à reabilitação com implantes, não restando mais nenhuma demanda clínica?    Sim       Não. Especifique

5. Já faz uso de prótese total removível convencional?    Sim       Não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

5.1 A prótese atual apresenta estabilidade/retenção?    Sim       Não

6. Indique os dentes adjacentes ao(s) implante(s) e suas condições correlatas.				Edentulismo total bimaxilar
Condição	Satisfatório/dentes	Insatisfatório/dentes	Não se aplica	Observações
Tratamento endodôntico				
Periodonto				
Espaço protético do implante (relativo ao antagonista)				

**Nome do beneficiário:**

7. Planejamento protético.			Dente/Região
7.1 Tipo de prótese a ser realizada	Unitária sobre implante	Ponte fixa sobre implante	
Protocolo de Branemark	Barra-clip	O´ring	
7.2 Pretende realizar carga imediata?	Sim	Não	
7.3 Necessita de prótese provisória?	Sim	Não	
7.4 Usará guia tomográfico/cirúrgico?	Sim	Não	

8. Planejamento de reconstrução óssea.				Dente/Região
8.1 Realizará reconstrução óssea?	Sim		Não	
8.2 Em que momento?	Previamente ao implante		Concomitante ao implante	
8.3 Qual modalidade?	Enxerto onlay com osso autógeno	Levantamento de seio maxilar com osso autógeno	Regeneração óssea guiada (ROG)	Levantamento de seio maxilar com biomateriais
8.4 Informe a área doadora/tipo de material:				

\*O levantamento de seio maxilar será autorizado quando houver até 7mm de altura óssea, e para implante concomitante deve haver o mínimo de 5mm de coluna óssea disponível para ancoragem, laudado em tomografia.

\*\*Para ROG pós extração recente, com implante concomitante ou não, serão observadas as datas de realização dos exames de imagem iniciais e finais. Caso distem mais de 90 dias, a autorização será negada na perícia final.

9. Planejamento de implantes.			A ser planejado futuramente após integração de enxertos			
Dente/região	Fabricante	Diâmetro da plataforma	Comprimento	HE/HI/CM	Nº do corte na T.C.	Medidas ósseas na T.C.

Para as perguntas abaixo, em caso negativo, justificar em relatório circunstanciado, o qual deve estar legível, datado, carimbado e conter a assinatura do executante:

9.1 Qual é o comprimento ósseo (sentido méso-distal) disponível para o(s) implante(s)? \_\_\_\_\_mm. Extremo livre

9.2 Este comprimento, em relação ao diâmetro do(s) implante(s), garante que sejam respeitadas as distâncias biológicas (mínimo de 1,5mm de distância óssea entre dente e implante / 3mm entre implantes / 5mm entre Forame Mentoniano e implante)? Sim Não.

9.3 O diâmetro e comprimento escolhidos permitem que o(s) implante(s) seja(m) instalado(s) com margens de segurança que evitem fenestrações, exposições e invasões a estruturas/dentes adjacentes? Sim Não.

Declaro que expliquei detalhadamente ao paciente (ou responsável) o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas relacionados aos procedimentos de implantodontia propostos, dou veracidade às informações prestadas neste documento e me responsabilizo pelas condutas clínicas que adotarei.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura, CRO e carimbo do cirurgião responsável

Local Data