

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG/CBMMG/IPSM

Relatório de procedimentos endodônticos – RPE

DADOS DO BENEFICIÁRIO		
Nome:	Data de Nascimento:	
Nº Cartão IPSM	Nº Matrícula	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Nome do Estabelecimento:	CNPJ:	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
Nome:	CRO/UF:	Especialidade:

1. **Número do Plano de Tratamento PT/SIGAS:** _____
2. Elementos com procedimento endodôntico proposto no PT/SIGAS: _____
(Código de dente)
3. **Diagnóstico:** Assinalar o motivo da indicação do procedimento e especificar o (s) código (s) do (s) dente (s) correspondente (s):

<input type="radio"/>	Pulpite _____	Necrose pulpar _____
<input type="radio"/>	Periodontite apical aguda _____	Periodontite apical crônica (lesão periapical) _____
<input type="radio"/>	Abscesso _____	Finalidade protética _____
<input type="radio"/>	Tratamento não cirúrgico de perfuração radicular _____	
<input type="radio"/>	Tratamento de dente com rizogênese incompleta _____	Outros (Cite) _____
<input type="radio"/>	Retratamento Endodôntico _____	

4. **Tecido Mole:** Na presença de sinais, especificar hemiarco:
Edema intra-oral _____ Edema extra oral _____
Presença de fístula _____ Ausência de sinais _____
5. Outras considerações e breve relato da história clínica: _____

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou responsável, sobre o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento /procedimento (s) acima descrito (s).

Assinatura do profissional assistente

Referente à AUDITORIA FINAL de procedimentos endodônticos do Plano de Tratamento Finalizado:

(preenchimento dos itens 6 e 7 pelo profissional assistente do PT após a execução do procedimento endodôntico)

6. **Obtenção de patência:** Sim Não (código do dente e justificativa correspondente) _____

7. **Registro de intercorrências** (registrar e informar ao beneficiário) _____

Assinatura do profissional assistente

Assinatura do beneficiário/responsável