

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG-CBMMG-IPSM

Relatório de Procedimentos Endodônticos (RPE) - INICIAL

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

1 Descrever a senha do Plano de Tratamento - PT/SIGAS: _____

2 Descrever os elementos dentários para os quais foram propostos os procedimentos endodônticos:

3 Assinalar as condições que motivaram a indicação dos procedimentos endodônticos e especificar os elementos dentários correspondentes:

Pulpite _____ Necrose pulpar _____
Periodontite apical aguda _____ Finalidade protética _____
Periodontite apical crônica (lesão periapical) _____ Abscesso _____
Perfuração radicular _____ Rizogênese incompleta _____
Tratamento endodôntico insatisfatório _____

4 Citar outras condições não relacionadas no item anterior e especificar os elementos dentários correspondentes: _____

5 Assinalar a condição do tecido mole e especificar o hemiarco correspondente:

Edema intraoral _____ Edema extraoral _____)
Presença de fístula _____ Ausência de sinais _____

6 Descrever outras considerações relevantes sobre o caso, bem como em relação aos procedimentos endodônticos propostos:

Declaro que expliquei detalhadamente para o paciente (ou responsável), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas relacionados aos procedimentos endodônticos propostos.

(Local) _____ (Data) ____/____/____

Assinatura e carimbo do profissional executante