

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS EM IMPLANTODONTIA (RPI) - FINAL

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome:	Data de nascimento:
Nº Cartão IPSM:	Nº Matrícula:

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

Nome:	CRO/UF:	Especialidade:
-------	---------	----------------

1. Plano de tratamento PT/SIGAS: _____

2. Identifique o dente/região do plano de tratamento proposto lançado no SIGAS _____

Data de inserção	Dente/região	Diâmetro da plataforma	Comprimento	HE/HI/CM	Etiquetas de identificação dos implantes

3. Houve alguma troca do(s) implante(s) planejado(s) para o(s) realizado(s)? Sim Não. Caso positivo, justifique:

4. Houve alguma intercorrência no transoperatório (fenestrações, exposições, proximidade excessiva ou invasões a estruturas/dentes/implantes adjacentes, outras) Sim Não. Caso positivo, justifique:

Identificação do beneficiário:

5. Foi utilizado guia cirúrgico? Sim Não.

5.1 O eixo de inserção coincide com o centro protético da mesa oclusal/incisal? Sim Não. Caso negativo, justifique:

6. Ocorreu alguma inclinação/angulação no posicionamento do(s) implante(s)? Sim Não.

6.1 Caso positivo, em qual sentido: Mesial Distal Vestibular Palatino/lingual

6.2. Esta inclinação/angulação poderá influenciar a execução da prótese subsequente? Sim Não. Justifique:

7. Existe alguma necessidade a ser observada para a confecção da futura prótese? Sim Não.

8. O implante estará considerado apto a receber a prótese subsequente a partir de _____

* A solicitação para a prótese subsequente só poderá ser efetuada no SIGAS após a data acima.

Observações

Local

Data

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura, CRO e carimbo do cirurgião responsável