

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTABILIZAÇÃO PROTETORA

Conforme conversado durante a consulta sobre a possibilidade de realizarmos a técnica de estabilização protetora, seguem as recomendações por escrito.

- Se necessário, antes ou durante o atendimento, vamos pedir para juntos realizarmos a técnica “estabilização protetora”. Essa técnica significa “segurar” ou “estabilizar” a criança para evitarmos que movimentos intempestivos aconteçam durante o tratamento podendo machucá-la. Não se preocupe e lembre-se que esta conduta é uma **proteção**.
- Pode ser necessário o uso de acessórios como “pedi-wrap”, lençol ou cobertor e fita velcro para a estabilização.
- Durante a estabilização, é comum o movimento de pernas e braços. Não se preocupe, pois este é o modo de dizer: “não quero ficar aqui” e essa vontade de mudar de posição e sair dessa situação não tem relação nenhuma com dor. Esse tipo de reação poderá ocorrer no consultório odontológico, sendo uma reação positiva porque permite a liberação de tensões pelo paciente. Lembre-se que é normal nessa idade que crianças não gostem de ser imobilizadas para trocar de roupa, limpar o nariz com cotonete, para cortar as unhas, escovar os dentes ou tomar remédio.
- Pode ser necessário que a auxiliar segure a cabeça da criança de forma firme e segura, evitando a movimentação dessa parte do corpo permitindo a realização do tratamento de forma mais segura e efetiva.
- Temos certeza que seu filho não ficará traumatizado com a estabilização protetora. Pacientes que ontem eram bebê ou crianças em idade pré-escolar, hoje estão maiores e sem traumas, pois trabalhamos com a individualidade, respeitando todas as suas reações e atentos às particularidades. O trauma ocorre quando não respeitamos os limites da criança e quando esta é atendida sentindo dor, por isso o hábito de fazermos anestesia local é justamente para que este problema não ocorra.

Paciente: _____ Idade: _____

Eu, _____, após ter sido esclarecido a respeito dos objetivos e indicações da estabilização protetora, autorizo sua execução em meu (minha) filho (a), conforme as necessidades de tratamento. O paciente é incapaz de consentir legalmente, pois tem menos de 18 anos de idade, portanto, o autorizo.

Assinatura: () pai () mãe () responsável

CPF: _____, _____ de _____ de _____



Grata pela atenção.

