

# Lista De Verificação Para A Colocação De Implantes Dentários: Protocolo Cirúrgico E Recuperação. Checklist

## Avaliação Pré-Operatória

Analisar o histórico clínico do paciente, os exames de imagem (TC cone-beam, radiografia panorâmica) e os termos de consentimento. Confirmar a avaliação médica e as alergias.

### Data da consulta

### Análise do Histórico Clínico


### Alergias

- Sem alergias conhecidas.
- Medicamentos
- Látex
- Outros

### Pressão arterial (sistólica)

### Pressão arterial (diastólica)

### Imagiologia Radiográfica (TC Cone Beam/Panorâmica)

 Upload File

### Estado do Consentimento Informado

- Assinado e arquivado.
- Para assinar.

## Preparação do local cirúrgico

Garanta a administração adequada da anestesia, a esterilização da área e a preparação do equipamento. Verifique a marcação do local do implante e o posicionamento do guia cirúrgico (se aplicável).

### Tipo de anestesia

- Anestesia local
- Sedação
- Anestesia geral

### Dose de anestesia (mg)


Escreva alguma coisa...

### Estado da Área Estéril

Confirmado

Pendente

### Análise da radiografia pré-operatória.

 Upload File

### Está presente o guia cirúrgico?

Sim

Não

### Posição do guia verificada (S/N)

Escreva alguma coisa...

### Hora de Início da Preparação

Insira o horário...

## Osteotomia para implante

Criação precisa da osteotomia com base no plano cirúrgico. Verificar a profundidade e o diâmetro. Realizar a irrigação e a hemostasia.

### Profundidade da osteotomia (mm)

Insira um número...

### Diâmetro da osteotomia (mm)

Insira um número...

### Velocidade de rotação (RPM)

- Baixo
- Médio
- Alto

### Solução de irrigação utilizada.

- Salino
- EDTA
- Peróxido de hidrogénio

### Observações sobre a densidade e a qualidade óssea

Escreva alguma coisa...

### Número de passagens de perfuração

Insira um número...

## Posicionamento do Implante

Ângulo, profundidade e estabilidade primária corretos. Verificar a avaliação tátil e radiográfica.

### Profundidade do implante (mm)

Insira um número...

### Ângulo de posicionamento (em graus)

Insira um número...

### Marca do Implante

- Straumann
- Nobel Biocare
- Biotecnologia
- Osstem
- Outros

### Diâmetro do implante (mm)

- 3,5
- 4.0
- 5.0
- 6.0
- Outros

### Valor inicial do torque (Ncm)

Insira um número...

### Observações durante o período de estágio

Escreva alguma coisa...

### Estabilidade primária (teste manual)

- Excelente
- Bom.
- Justo, imparcial.
- Pobre

## Fechamento e curativo de feridas.

Técnica de sutura adequada. Aplicação de um penso protetor. Orientações ao paciente sobre os cuidados pós-operatórios.

### Tipo de Sutura

- Seda
- Nylon
- Intestino Cromático
- Vicryl Rapide

### Número de suturas

Insira um número...

### Técnica de Sutura

- Interrupção Simples
- Contínuo
- Colchão

### Tipo de molho

- Gaze.
- Compressa não aderente.
- Biopatch

### Instruções para vestir incluídas.

Escreva alguma coisa...

### Hora da troca do curativo (se necessário).

Insira o horário...

## Instruções pós-operatórias

Forneça instruções detalhadas, tanto verbais quanto escritas, sobre o controlo da dor, a alimentação, a higiene oral e as consultas de acompanhamento.

### Instruções detalhadas sobre o tratamento da dor.

Escreva alguma coisa...

### **Restrições e recomendações alimentares**

Escreva alguma coisa...

### **Instruções de higiene oral (específicas para o local do implante)**

Escreva alguma coisa...

### **Data de renovação da receita (medicamento para dores)**

Insira um número...

### **Data da próxima consulta de acompanhamento**

Insira a data...

### **Data e hora agendadas para a consulta de acompanhamento.**

Insira o horário...

### **Sinais e sintomas de possíveis complicações (lista de verificação)**

- Aumento da dor
- Inchaço
- Hemorragia
- Febre
- Secreção purulenta

# Fase inicial de recuperação (semanas 1 a 3)

Monitore os sinais de infecção, inflamação ou falha do implante. Avalie a cicatrização dos tecidos moles.

## Data da avaliação inicial no período pós-operatório

## Sinais Vitais – Temperatura (°C)

## Sinais Vitais – Pressão Arterial (mmHg)

## Existe inchaço?

- Nenhum
- Suave
- Moderado
- Grave

## Sente dor?

- Nenhum.
- Suave
- Moderado
- Grave

### Notas sobre o tratamento da dor (se aplicável)

Escreva alguma coisa...

### Sinais de infeção?

Não

Sim – Descreva em notas.

### Notas/Observações adicionais

Escreva alguma coisa...

## Avaliação da osseointegração (normalmente, entre 3 e 6 meses)

Avaliação radiográfica para confirmar a osseointegração. Avaliação dos níveis ósseos peri-implantares.

### Data da avaliação radiográfica

Insira a data...

### Nível ósseo peri-implantar (em mm) – Face mesial

Insira um número...

### Nível ósseo peri-implantar (mm) – região distal

Insira um número...


### Aparência da densidade óssea

- Cortical
- Trabecular
- Misto

### Presença de tecido fibroso.

- Sim.
- Não.
- Questionável

### Imagem Radiográfica (Panorâmica/CBCT)

 Upload File

### Observações Clínicas (por exemplo, presença de inflamação, exsudato)

Escreva alguma coisa...

## Posicionamento do Componente Protético

Confirmação da estabilidade e precisão. Obtenção da impressão e seleção do pilar.

### Tipo de impressão

- Digital
- Alginato
- PVS

### Profundidade de impressão (mm)

Insira um número...

### Tipo de Apoio/Pilastra

- Ações; estoque; provisão.
- Personalizado
- Inclinado

### Altura do apoio (mm)

Insira um número...

### Data de impressão

Insira a data...

### Tempo de impressão

Insira o horário...

### Estado do elenco principal

- Criado
- Enviado para o laboratório.

## Restauração Final e Orientações ao Paciente

Entrega da restauração final. Avaliação da oclusão, estética e manutenção. Plano de acompanhamento a longo prazo.

### Material para Restauração

Escreva alguma coisa...

### Oclusão — Ângulo (em graus)

Insira um número...

### Notas sobre Estética (Correspondência de Cores, Contorno)

Escreva alguma coisa...

### Instruções de manutenção fornecidas.

- Técnica de escovagem
- Técnica de utilização do fio dental
- Agendamentos para acompanhamento/revisão
- Limpeza profissional

**Próxima consulta para avaliação/revisão.**

Insira a data...

**Preocupações/Questões do Paciente**

Escreva alguma coisa...

**Assinatura do paciente (comprovativo de recebimento)**

