

SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA

A paciente Sr (a) _____ apresenta-se com queixa principal de dor e desconforto em região de _____ associada ao elemento dentário _____. Ao exame clínico observa-se lesão tumoral associada ao dente _____, referindo dor à palpação em região. Ao exame tomográfico observa-se lesão óssea de aspecto _____ associado ao dente _____ sugestivo para cisto / tumor _____, que se estende de cortical _____ do osso mandibular.

Serão realizadas osteoplastias para enucleação / ressecção da lesão cística / tumoral, e descompressão nervosa do nervo alveolar inferior. Os procedimentos acima descritos fazem parte de um planejamento para restabelecer o equilíbrio miofuncional, proporcionar a reabilitação da função mastigatória e fonatória, tendo como objetivo inicial a remoção tumoral existente.

CID: K01.0 / K09.2

Sintomas: Dor + Edema + Trismo Mandibular

Tratamento: Osteoplastias mandibulares para ressecção do elemento incluso no osso mandibular.

Riscos: Infecção, aumento da perda óssea, desenvolvimento de lesões patológicas, fratura patológica.

Solicito procedimentos cirúrgicos: Códigos: 3.02.09.02-1 (1x) - Osteoplastia da Mandíbula; 3.02.11.04-2 (1X) Ressecção segmentar ou seccional da Mandíbula; 3.14.04.01-4 (1x) Descompressão de Nervos Cranianos.

Materiais especiais necessários:		
01 broca 702 para secção	01 lâmina de Piezo para menor trauma em tecidos moles	
01 broca maxicut para plastia óssea	01 kit de irrigação	01 Dissector Colorado
Fornecedor:		
1.		
2.		
3.		

- A cirurgia será realizada em hospital credenciado, sob anestesia geral.
- Solicito 01 diária de internamento / guias para equipe e anestesista.

Recife, ____/____/____

Atenciosamente,
