

Manual para envio de casos clínicos

PREZADO (A) DOUTOR (A),

Elaboramos este documento com informações para o envio de casos clínicos. Afim de mantermos uma padrão e qualidade, para o recebimento de casos clínicos com intenção de publicação na revista FGM News.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Somente serão avaliados os casos que estejam dentro das normas deste documento e com as seguintes autorizações abaixo assinadas:

- Autorização de publicação assinada pelo profissional*;
- Autorização de publicação de imagens assinada pelo paciente*.
- Submeter o caso após o mesmo estar completo. (texto + fotos + legendas...)

Obs.: As autorizações estão no final deste documento.

NORMAS ESPECÍFICAS

Fotografias

As imagens do caso clínico devem seguir as orientações abaixo:



TAMANHO/RESOLUÇÃO: As imagens devem estar com pelo menos 3500px no lado maior da imagem e salvas no formato ".jpg" ou ".tif" ou ".bmp".



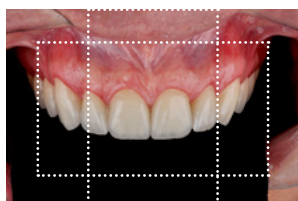
LEGIBILIDADE: Apresentar profundidade de foco adequada que permita visualização correta do assunto;



EXPOSIÇÃO: Todas as fotos deverão ser realizadas sob mesma configuração de máquina (ISO, tempo de exposição, abertura, etc.) para correta comparação;



INTEGRIDADE: As imagens devem ser entregues originais, sem edição (Photoshop, Keynote, etc.), manipulação, marca d'água ou logotipo.



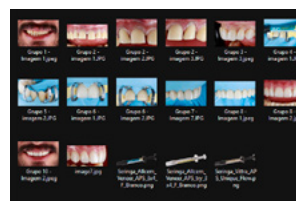
ENQUADRAMENTO: A fotografia deve ter uma área de respiro ao redor do foco da imagem para que seja possível o corte vertical ou horizontal na diagramação do caso clínico.



CUIDADOS: Busque obter imagens mais limpas, evitando saliva, sangue, bigodes, pêlos nasais, etc.). **Importante** observar a saúde bucal do paciente.



SUPERFÍCIE OCLUSAL: Fotografias retratando superfície oclusal deverão ser realizadas através de espelhos;



QUANTIDADE: A quantidade máxima de imagens por caso clínico é de 25 fotografias.

Textos

O texto dos casos clínicos devem seguir o modelo abaixo, salvos em ".doc" com **texto justificado e fonte Times New Roman tamanho 12**:

TÍTULO DO CASO: Título do caso

AUTORES: Nome Sobrenome, Nome Sobrenome

SEXO E IDADE DO PACIENTE: Paciente sexo X, XX anos

QUEIXA PRINCIPAL: Texto curto descrevendo a queixa do paciente. Ex: Insatisfação com a cor dos dentes.

AVALIAÇÃO INICIAL: Texto curto da avaliação do caso. Ex: Após anamnese detalhada, exame clínico e radiográfico, não foi observada nenhuma alteração patológica. Durante o exame clínico, foi verificada a ausência de lesões cáries ativas/cavidades ou restauração, tanto nos dentes anteriores quanto nos posteriores.

TRATAMENTO EXECUTADO: Texto descrevendo o tratamento. Ex: Foi realizada a profilaxia com pedra-pomes e a tomada de cor inicial dos dentes da paciente (escala de cor A-D), sendo escolhidas as cores A2 para os incisivos centrais e A3,5 para os caninos superiores. Em seguida, foram realizadas as moldagens dos arcos com alginato para a obtenção de modelos de gesso. Sobre esses modelos foram confeccionadas as moldeiras de silicone de 1 mm de espessura (Whiteness – FGM) com o emprego de uma plastificadora à vácuo. As moldeiras foram recortadas 1 mm acima do nível gengival e provadas quanto à sua adaptação, retenção e conforto. Logo após a prova das moldeiras, a paciente foi orientada a aplicar uma pequena gota de peróxido de carbamida 10% (Whiteness Perfect 10% - FGM) nas faces vestibulares dos dentes a serem clareados. Foi recomendado o uso de 2 horas por dia, durante 28 dias no período diurno. O paciente foi monitorado semanalmente e ao final do tratamento, pela sua satisfação, as cores finais foram avaliadas. Na tomada de cor final, as escolhidas foram BL4 tanto para os incisivos centrais como para os caninos. O clareamento caseiro demonstrou uma excelente eficácia e ausência de sensibilidade, trazendo satisfação e conforto à paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - (Norma Vancouver)

1. Soares CJ, Rodrigues MP, Faria-E-Silva AL, Santos-Filho PCF, Veríssimo C, Kim HC, Versluis A. How biomechanics can affect the endodontic treated teeth and their restorative procedures? Braz Oral Res. 2018 Oct 18;32(suppl 1):e76. doi: 10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0076.

PASSO A PASSO:



FIG. 1 - Aspecto extra oral inicial



FIG. 2 - Vista da Superfície oclusal.

- Os autores deverão enviar um **minicurriculo** contendo, nome completo, CRO, e principais graduações.
Exemplo: **Nome Sobrenome** - Cirurgião-dentista - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) | Especialista em Periodontia UFSC | Mestre em Implantodontia UFSC | Doutor em Implantodontia UFSC;
- O **Título do caso** deverá conter no máximo 1 linha de texto;
- A **Avaliação inicial** deverá conter até 15 linhas e abordar literatura (se aplicável) referente ao tema, bem como conteúdo para demonstrar a relevância do tema;
- O **Tratamento executado** deverá conter até 30 linhas e abordar o passo a passo referente ao caso clínico, incluindo dicas e detalhes relevantes (Imagem dos produtos/acessórios utilizados, tomada de cor inicial e final, etc.);
- O texto **não deverá ser escrito em primeira pessoa**. Exemplo: Substituir a frase: "Operamos o paciente após seis meses." por: "O paciente foi operado após seis meses".
- A **Conclusão** deverá conter até 10 linhas;
- Se houver referências bibliográficas no caso, estas deverão ser incluídas em norma "SAGE Vancouver".

PROCEDIMENTO TÉCNICO

- O caso clínico deverá **utilizar apenas os produtos da FGM**. Produtos de outras marcas poderão ser utilizados desde não estejam disponíveis na linha FGM;
- As fotos deverão ilustrar uma sequência coerente para o correto entendimento do caso;
- A técnica deverá ser retratada exatamente como preconiza o manual de instruções do produto em questão. O uso de isolamento absoluto é preferível sempre que aplicável ao caso (restaurações, cimentações, instalação de pinos de fibra, etc.);
- O campo operatório deverá estar limpo;
- Busque obter imagens limpas, evitando saliva em excesso, sangue, bigodes, pêlos nasais, etc.);
- Importante observar a saúde bucal do paciente. Elementos dentários cariados, fraturados ou com periodontopatias em fotos finais podem prejudicar o caso clínico.

SE O CASO FOR ACEITO PARA PUBLICAÇÃO, CABEM AS CONSIDERAÇÕES:

- O caso estará sujeito a modificações solicitadas pelo corpo editorial;
- Antes da publicação impressa, o profissional terá direito a uma revisão do caso e terá o prazo de 5 dias para conclusão e reenvio;
- O caso não deverá ser publicado em outro veículo impresso ou eletrônico.

SE O CASO NÃO FOR ACEITO PARA PUBLICAÇÃO, CABEM AS CONSIDERAÇÕES:

- Os casos não aceitos serão devolvidos com a devida notificação;
- Em algumas ocasiões, o caso poderá ser publicado em outro meio como, por exemplo, sites, redes sociais ou revistas de parceiros da empresa, desde que previamente acordado com o autor.

Envio dos arquivos

- O Termo de Autorização deve ser preenchido e assinado digitalmente e salvo ou impresso e assinado. Caso seja impresso, fazer uma foto em que as informações fiquem totalmente legíveis.
- As imagens devem ser enviadas em uma pasta separada fora do documento do Word, devidamente identificadas conforme a legenda escrita no passo a passo. A pasta de imagens, o arquivo Word e o termo assinado devem ser compactados no formato ".zip".
- Os arquivos devem ser enviados para o e-mail: **consultoria@fgmdentalgroup.com**. Caso o arquivo ultrapasse 30mb, deve ser enviado para algum serviço de armazenamento online (Google Drive, One Drive, iCloud, Wetransfer, Drop Box..) e enviado o link para o e-mail.

PARA SOLUÇÃO DE DÚVIDAS
REFERENTES À APROVAÇÃO DE
ARTIGOS, CONTATE:

 **47 99200-0561.**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Considerando o interesse das partes em colaborar com a elaboração de estudos e casos clínicos relacionados aos produtos fabricados pelas empresas do FGM Dental Group:

_____, brasileiro(a), inscrito(a) no CPF sob o número _____, e RG número _____, residente e domiciliado(a) na Rua _____, número _____, complemento _____, Bairro _____, CEP _____, Cidade de _____/_____, na qualidade de paciente; e _____, brasileiro(a), inscrito(a) no CPF sob o número _____, RG número _____, CRO/UF _____, residente e domiciliado(a) na Rua _____, número _____, complemento _____, Bairro _____, CEP _____, Cidade de _____/_____, na qualidade de cirurgião-dentista; **AUTORIZAM EXPRESSAMENTE** as empresas **DENTSCARE LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.106.945/0001-06, com sede na Avenida Edgar Nelson Meister, n. 474, Distrito Industrial, CEP: 89219-501, Joinville/SC e **WHITENESS DO BRASIL INDUSTRIA LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o 32.256.235/0001-35, com sede na Rua Dona Francisca, n. 8300, Bloco D, módulo 01, Distrito Industrial, Município de Joinville, CEP 89219-600 a utilizarem-se a sua imagem para fins publicitários e científicos, a qualquer tempo, divulgando-as em quaisquer meios de comunicação, impresso ou eletrônico, seja através de reprodução, promoção e/ou mídia, incluindo, mas não se limitando, sites, banners, revistas, folders, veículos televisivos, redes sociais, entre outros, inclusive com a possibilidade de reedição de tais conteúdos para situações futuras, sem que com isso me seja devida qualquer remuneração, reembolso ou compensação de qualquer natureza, possuindo a presente autorização caráter irrevogável e irretroatável.

Igualmente, o cirurgião-dentista acima qualificado, proprietário dos direitos autorais sobre o Caso Clínico denominado _____ cede gratuitamente todo e qualquer direito sobre o referido caso às empresas acima qualificadas, permitindo a sua publicação, a qualquer tempo, em quaisquer meios, ficando impedido de ceder ou transferir a terceiros, total ou parcialmente, a qualquer título, os direitos oriundos do presente instrumento, salvo mediante prévia e expressa autorização. O cirurgião-dentista declara que é o único responsável pela elaboração do referido Caso Clínico, sendo este inédito - sem registro de qualquer publicação/veiculação anterior.

A presente autorização é concedida a título gratuito e irrevogável, abrangendo o uso da imagem e direitos autorais acima mencionados, em todo território nacional e no exterior.

Por ser o presente expressão da verdade, firma-o.

_____, _____/_____/_____
Local e Data

Assinatura do(a) Paciente

Assinatura do(a) Cirurgião-dentista