



Prefeitura de Inimutaba – MG  
Secretaria Municipal de Saúde  
Equipe de saúde Bucal/ESF e UAPS  
Prontuário Odontológico

Família \_\_\_\_\_  
Risco Social Familiar:  
( ) alto  
( ) médio  
( ) baixo

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
End: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
D. nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Est. civil: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Risco: ( ) R1 ( ) R2 ( ) R3  
Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_ Local de trabalho/estudo: \_\_\_\_\_  
Nome do responsável: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE – INQUÉRITO DE SAÚDE

Queixa principal: \_\_\_\_\_  
Histórico da queixa: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PESSOAIS

Está sob tratamento médico (S) (N) (N/S)	Histórico de doença infectocontagiosa (S) (N) (N/S)
Esteve hospitalizado (S) (N) (N/S)	Alergia a anestésico odontológico (S) (N) (N/S)
Alterações de PA (S) (N) (N/S)	Alergia a algum medicamento (S) (N) (N/S) Qual: _____
Prótese cardíaca, marcapasso (S) (N) (N/S)	Usando anticoncepcional (S) (N) (N/S)
Hemofilia (S) (N) (N/S)	Grávida (S) (N) (N/S) Se sim, de quantos meses: _____
Histórico de hemorragia (S) (N) (N/S)	Há doença predominante na família: _____
Febre reumática (S) (N) (N/S)	Tipo sanguíneo (S) (N) (N/S) _____
Bronquite, asma (S) (N) (N/S)	Hábitos nocivos (fumo, álcool, ...) _____
Gastrite, úlcera, cirrose (S) (N) (N/S)	Perda de peso sem motivo aparente (S) (N) (N/S). Obs: _____
Hepatite (S) (N) (N/S)	Respirador bucal (S) (N) (N/S) Bruxismo? (S) (N) (N/S) Xerostomia? (S) (N) (N/S) Piercing bucal? (S) (N) (N/S) Halitose? (S) (N) (N/S)
Doença renal (S) (N) (N/S)	Resistência ao tratamento odontológico: (S) (N)
Diabete (S) (N) (N/S)	Fez Primeira Consulta Odontológica no último ano? (S) (N) (N/S)
Já desmaiou ou sente tonturas rotineiramente (S) (N) (N/S)	Alimentação: _____
Já passou mal durante atend. odontológico (S) (N) (N/S)	

<b>Higiene Bucal</b>	Escovação diária com dentífrico fluoretado: (S) (N) Frequência: _____ Sangramento: (S) (N)
	Uso de fio dental: (S) (N) Frequência: _____ Sangramento: (S) (N)

<b>Criança/ Adolescente</b>	Problemas de relacionamento, comportamento ou desenvolvimento:
	Histórico de aleitamento materno:
	Histórico de hábitos (bico, mamadeira, dedo)

<b>Adulto/ Idoso</b>	Prótese removível: ( ) total superior ( ) total inferior ( ) roach superior ( ) roach inferior Tempo de uso:
	Rotina de limpeza: Faz auto-exame da boca (S) (N) Paciente ( ) independente ( ) dependente ( ) acamado ( ) institucionalizado


### EXAME CLÍNICO / ACHADOS / DIAGNÓSTICO

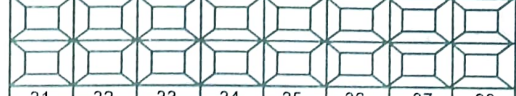
Registro de Pressão Arterial \_\_\_\_/\_\_\_\_ Responsável pelo registro de PA \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg  
Face, pescoço, ATM  
Lábios, bochechas, assoalho, palato, orofaringe, língua, gengiva, freios:  
Achados em relação a distúrbios de erupção dentária, má oclusão e trauma oclusão  
Fluorose (Índice de DEAN) ( ) normal ( ) questionável ( ) muito leve ( ) leve ( ) moderada ( ) severa  
Atividade de cárie: ( ) sim ( ) não ( ) mancha branca ativa ( ) lesão cavitada ativa Atividade de Doença Periodontal: ( ) não ( ) gengivite ( ) periodontite

## ODONTOGRAMA

CPOD

Ceo

			55	54	53	52	51
18	17	16	15	14	13	12	11
							
48	47	46	45	44	43	42	41
			85	84	83	82	81

61	62	63	64	65			
21	22	23	24	25	26	27	28
							
31	32	33	34	35	36	37	38
71	72	73	74	75			

### Legenda


\* Mancha Branca Ativa  
 ° Mancha Branca Inativa  
 A - Ausente  
 Ae - Abrasão/Erosão  
 Am - Amalgama

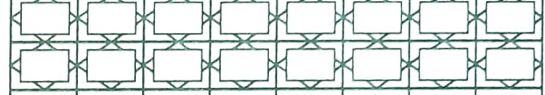
Ca - Lesão Cavitada ativa  
 Ci - Lesão cavitada inativa  
 E - Extraído  
 H - Higido  
 M - Restauração metálica

PF - Prótese fixa  
 Re - Restauração estética  
 SP - Selamento Provisório  
 T - Traumatismo  
 X - Extração indicada

AP Orto ( )  
 Prótese removível parcial ( )  
 Prótese Total ( )

## PERIODONTOGRAMA

			55	54	53	52	51
18	17	16	15	14	13	12	11
							
48	47	46	45	44	43	42	41
			85	84	83	82	81

61	62	63	64	65			
21	22	23	24	25	26	27	28
							
31	32	33	34	35	36	37	38
71	72	73	74	75			

### Legenda

BA ≤ 4 - Bolsa periodontal ativa ≤ 4mm  
 BA > 4 - Bolsa periodontal ativa > 4 mm  
 BI ≤ 4 - Bolsa periodontal inativa ≤ 4 mm  
 BI > 4 - Bolsa periodontal inativa > 4mm

C - Cálculo  
 HG - Hiperplasia Gingival  
 MOD - Mobilidade dentária  
 R - Recessão gengival  
 S - Sangramento

## REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, ENCAMINHAMENTOS, OUTROS

Exames complementares solicitados: \_\_\_\_\_

Pedido da avaliação médica/odontológica (motivo): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A/C Dr. \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Contra referência: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO

Declaro que as informações por mim prestadas são verdadeiras e concordo com o plano de tratamento proposto pelo Cirurgião Dentista. Estou Ciente de que as faltas sem justificativas são de minha inteira responsabilidade e o não comparecimento sistemático caracteriza abandono do tratamento. Ciente também de que o plano de tratamento poderá sofrer alterações e estas só serão executadas com meu prévio consentimento. Caberá ao profissional e equipe de saúde bucal a execução do tratamento proposto.

Inimulaba \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Assinatura paciente/responsável     
 \_\_\_\_\_ Documentação paciente/responsável     
 \_\_\_\_\_ Cirurgião-Dentista (CRO)

DATA	DENTE	PROCEDIMENTO	ASS. PACIENTE	ASS. CD