



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)	

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

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

Adulto/ Idoso	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

