PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | |
| Sexo: M ( ) F ( ) | | data de nasc: | Número cartão SUS: |
| estado civil: | | Nacionalidade: | Naturalidade: |
| idade: |  | cor da pele: Branca ( ) Negra ( ) Amarela ( ) outra: | |
| Nome do pai:  Nome da mãe: | | | |
| Endereço residencial: | | | |
| Cidade: | | | |
| Telefone residencial: | | | |
| CEP: | | |  |
| Profissão: | | | Ocupação atual: |
| Endereço do trabalho: | | | |
| Cidade: | | | telefone do trabalho: |
| e-mail: | | | |
| Nome para contato: | | | telefone do conato: |
| Grau de relacionamento/ contato: | | | |
| Responsável: | | | telefone do responsável: |
| Endereço do responsável: | | | |
|  | | | |
| **ANAMNESE** | | | |
| **Queixa principal (Q.P):** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **História da doença atual (H.D.A.) Início e evolução da doença:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **História Médica: (H. M.)**  Última consulta: Motivo da consulta:  Com que frequência você vai ao médico: ( ) Semestral ( ) Anual ( ) Quando tenho alguma queixa  ( ) Outro : | | | |
| Você está em tratamento médico, ou fez tratamento nos últimos 12 meses (época e motivo)? | | | |
| Você teve COVID 19? Sim ( ) Não ( ) Se sim, como evoluiu a doença? | | | |
| Tomou vacina para prevenção da COVID? Sim ( ) Não ( ), quantas doses? | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Você esteve hospitalizado? (época e motivo)? | |
| Possui alguma alergia: Sim ( ) Não ( ) Qual alérgeno (os)? | |
| Alergia a medicamentos ou anestésico: Sim ( ) Não ( ) Qual (is)? | |
| Hipertensão: Sim ( ) Não ( ) Em tratamento? Sim ( ) Não ( ) | |
| Cardiopatias: Sim ( ) Não ( ) Qual (is)? | |
| Portador de prótese arterial? | |
| Portador de prótese cardíaca? | |
| Outras próteses? | |
| Alterações circulatórias: | |
| Sofre de algum distúrbio sanguíneo? Sim ( ) Não ( Qual: Anemia ( ) Coagulopatia ( )  Outros:  Apresenta histórico de febre reumática? Sim ( ) Não ( ) | |
| Sofre de algum distúrbio respiratório? Sim ( ) Não ( ) Bronquite: Sim ( ) Não ( ) Asma: Sim ( ) Não ( )  Outros: | |
| Sofre de algum distúrbio gastrointestinal? Sim ( ) Não ( )  Gastrite: Sim ( ) Não ( ) Úlcera: Sim ( ) Não ( ) Cirrose hepática: Sim ( ) Não ( ) Doença intestinal: Sim ( ) Não ( ) Outra (s): | |
| Sofre de algum distúrbio renal? Sim ( ) Não ( Hemodialise: Sim ( ) Não ( )  Sofre de algum distúrbio endócrino? Sim ( ) Não ( )  Diabetes: Sim ( ) Não ( ) Tipo I ( ) ou Tipo II ( )  Distúrbios da tireoide: Sim ( ) Não ( ) Qual (is):  Outro (s): | |
| Sofre de algum distúrbio neurológico? Sim ( ) Não ( ) Convulsão: Sim ( ) Não ( ) Epilepsia: Sim ( ) Não ( ) | |
| Teve ou tem doença infecto-contagiosa? Sim ( ) Não ( )  Hepatite A ( ) Hepatite B ( ) Hepatite C ( ) HIV ( )  Tuberculose ( ) Outra (s):  Doenças infecciosas da infância (sarampo, rubéola, catapora, caxumba, coqueluche): Sim ( ) Não ( ) Qual (is): | |
| Estado emocional e psíquico:  Ansiedade ( ) Depressão ( ) Síndrome do pânico ( )  Outra: | |
| Portador de alguma síndrome: Sim ( ) Não ( ) Congênita ( ) Adquirida ( )  Qual? | |
| Portador de necessidades especiais: Sim ( ) Não ( )  Qual (is) ? | |
| Tipo sanguíneo: Fator Rh: | |
| Cirurgias prévias: | |
| Você está grávida? Sim ( ) Não ( ) Quantos meses? | |
| **HISTÓRIA ODONTOLÓGICA: (H. O.)** | |
| Última consulta ao dentista: Qual o motivo: | |
| Com que frequência vai ao dentista:  Semestral ( ) Anual ( ) Quando tenho alguma queixa ( )  Outra: | |
| Você está em tratamento odontológico? Sim ( ) Não ( )  Tipo de tratamento? | |
| Já tomou anestesia? Sim ( ) Não ( ) Tipo de tratamento odontológico: | |
| Já teve algum quadro de hemorragia? Sim ( ) Não ( ) | |
| Já realizou biópsia? Sim ( ) Não ( ) Local:  Se sim, diagnóstico histopatológico: | |
| Já sofreu alguma fratura óssea? Sim ( ) Não ( ) Maxila ( ) Mandíbula ( )  Outro osso da face: | |
| Já sofreu algum trauma dentário? Sim ( ) Não ( ) Qual (is) dente (s)? | |
| Portador de Prótese dentária? Sim ( ) Não ( )  Há quanto tempo?  Total ( ) Superior ( ) Inferior ( )  Parcial ( ) Superior ( ) Inferior ( ) Anterior ( ) Posterior ( ) Fixa (s) ( ) Dente (s):  Prótese sobre implante ( ) Superior ( ) Inferior ( ) Anterior ( ) Posterior ( ) | |
| Portador de Aparelho Ortodôntico: Sim ( ) Não ( ) Há quanto tempo? Fixo ( ) Móvel ( ) | |
| **Histórico Familiar** | |
| Pai: Vivo Sim ( ) Não ( ) Causa da morte:  Mãe: Viva Sim ( ) Não ( ) Causa da morte:  Número de irmãos: Irmãos falecidos (número e causa):  Doenças comuns na família: Diabetes ( ) Tipo I ( ) Tipo II ( ) Hipertensão Arterial ( ) Câncer ( ) Outra (s):  Doenças infectocontagiosas: Sim ( ) Não ( ) Qual (is)? | |
| **Medicamentos: (Uso atual de medicamentos ou nos últimos 12 meses/Uso contínuo) Tipo/Concentração/Dose diária/Tempo de uso:** | |
| **Hábitos nocivos:** (tabaco, bebida alcoólica, drogas ilícitas, etc)  Tipo de Droga (s): Frequência diária:  Tempo de Uso: Há quanto tempo parou: | |
| **Hábitos de higiene**:  Escovação: Sim ( ) Não ( ) Frequência diária:  Uso do Fio Dental: Sim ( ) Não ( ) Frequência diária: Outro (s): | |
| **Outras informações** sobre a sua saúde que não foram perguntadas e que gostaria de acrescentar: | |
| **Assinatura do Paciente**: | |
| **data:** | |
|  | |
| **EXAME FÍSICO** | |
| **EXAME GERAL – SINAIS VITAIS** | |
| Pressão Arterial: / mmHg Pulso: bat/min Temperatura: ºC  Ritmo e Volume respiratório: ciclos/min Peso: Altura:  Andar do paciente: Normal ( ) Anda com dificuldade ( ) Cadeirante ( ) | |
| **EXAME EXTRAORAL – CABEÇA E PESCOÇO** | |
| Fáceis Textura e cor: Normal ( ) Alterada ( ) Qual (is):  Lesões visíveis: Sim ( ) Não ( ) Lado: Direito ( ) Esquerdo ( )  Lesões visíveis no terço da Face: Superior ( ) Médio ( ) Inferior ( )  Descreva:  Edema: Sim ( ) Não ( ) | |
| **OCLUSÃO:** | |
| Articulação Temporomandibular (ATM):  Dor: Sim ( ) Não ( ) Lado: Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos ( ) Crepitação: Sim ( ) Não ( ) Lado: Direito ( ) Esquerdo ( ) Cadeias Linfonodais: Não palpável ( ) Palpável ( )  Qual (is)?  Outro (s): | |
| Músculos da mastigação: | |
| Lábios e comissura: | |
| Mucosas: | |
| Soalho bucal: | |
| Palato Duro e Mole: | |
| Orofaringe: | |
| Língua: | |
| Gengiva Superior e Inferior: | |
| Placa bacteriana visível: ( ) Sim ( ) Não ( ) Localizada ( ) Generalizada | |
| Gengivite: ( ) Sim ( ) Não ( ) Localizada ( ) Generalizada | |
| Periodontite: ( ) Sim ( ) Não ( ) Localizada ( ) Generalizada | |
| Oclusão: ( ) Normal ( ) Alterada | |
| Outras: | |
| **EXAMES COMPLEMENTARES** | |
| **Radiológicos e de imagens** | |
| Radiografia periapical: | |
| Radiografia interproximal: | |
| Radiografia Oclusal: | |
| Radiografia panorâmica: | |
| Outros: | |
| Bioquímicos: | |
| Hipótese diagnóstica: | |
| Diagnóstico histopatológico: | |
| Diagnóstico definitivo: | |
| Solicitação de parecer médico: Data de encaminhamento: / / | |
| Parecer médico: Data de recebimento: / / | |
|  | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Cirurgião-dentista / CRO