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