



Prefeitura do Município de Pirassununga

Secretaria Municipal de Saúde

Estado de São Paulo - Brasil

Am

TÓPICOS PARA REFLETIR SOBRE A INDICAÇÃO DE ENDODONTIA

Nome do Paciente _____ Idade _____
Unidade _____ Dente a ser indicado _____

- 1- O paciente tem todos os dentes? () Sim () Não.
- 2- Você já executou os procedimentos iniciais básicos no dente a ser tratado, remoção de tecido cariado, pulpotomia, pulpectomia e/ou curativo de demora? () Sim () Não.
- 3- O dente a ser tratado pode ser restaurado POR VOCÊ? () Sim () Não.
- 4- Quando em oclusão há espaço para uma restauração e material restaurador? () Sim () Não.
- 5 - O dente a ser tratado está com mobilidade (periodontite)? () Sim () Não.
- 6 - Você conseguiria isolar este dente? () Sim () Não.
- 7 - O dente é (atualmente) apoio para prótese? () Sim () Não.
- 8 - O paciente já usa prótese? E há necessidade de endo neste dente? () Sim () Não.
- 9 - Pergunte ao seu paciente: VOCÊ acha importante salvar este dente? () Sim () Não.
- 10 - O tratamento da Atenção Básica está: () Concluído () Em Conclusão () Ou não está previsto.

OBS: _____

Data da Conclusão da Atenção Básica: ____/____/____ (se concluído) Data: ____/____/____

Após esta reflexão optamos pelo () encaminhamento () não encaminhamento para a especialidade de Endodontia

Assinatura do Paciente

Assinatura e carimbo do C.D

Protocolo adaptado, baseado no protocolo da Prefeitura Municipal de Piracicaba - cedido pela Dra. Dirce Ap. Valério da Fonseca.