



## Prefeitura Municipal de Pirassununga

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde

Saúde Bucal – Prontuário Clínico

Dados do Paciente			
Nome:			N <sup>o</sup>
Data de nascimento: / /	Sexo: F ( ) M ( )	N <sup>o</sup> SUS:	
Endereço:		Bairro:	
Área:	Tel.:	Cel.:	
Profissão:	Local:	Tel.Comercial:	
Raça:	Consulta: Urgência <input type="checkbox"/> 1 <sup>a</sup> consulta <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Revisão <input type="checkbox"/>		
Queixa Principal:			
Dados do Responsável ( se necessário )			
Nome:			Grau de Parentesco:
Data de nascimento: / /	Sexo: F ( ) M ( )	Cel.:	
Endereço:			Tel.:
Anamnese - Saúde Geral			
Patologia	Condição do paciente	Patologia	Condição do paciente
Alcoolista (Usa bebida alcoólica)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	HIV ( AIDS )	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Alergia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Internação Hospitalar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Anemia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pressão arterial Baixa ou Alta	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Asma	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	PNE ( Necessidades Especiais)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Cicatrização ruim	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Problema Cardíaco (Coração)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Cirurgia realizada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Problema Hepático (Fígado)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Desmaios	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Problema Hormonal	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Problema Renal (Rim)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Distúrbios Psicológicos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sífilis	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Endocardite Bacteriana	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tabagismo (Fuma)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Epilepsia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tatuagem	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Febre Reumática	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tuberculose	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Gravidez	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tumor	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Hepatite	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outras drogas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Herpes/Afta	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Observação:	
Está em tratamento médico?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especificar:	
Está usando medicação?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especificar:	
Você possui alguma doença/ problema significativo não mencionado?			
Anamnese - Saúde Bucal			
<b>Higiene Bucal: (usa)</b>			
Escova <input type="checkbox"/> Creme Dental <input type="checkbox"/> Fio dental <input type="checkbox"/> Flúor <input type="checkbox"/>			
Quantas vezes ao dia escova os dentes :		Quantas vezes ao dia usa fio dental:	
Quantas vezes ao ano faz aplicação de flúor: <input type="checkbox"/>		Onde: Escola	Unidade de saúde:
<b>Hábitos:</b>			
Chupeta <input type="checkbox"/> Sucção de dedo <input type="checkbox"/> Ranger os dentes <input type="checkbox"/> Outros:			
<b>Dieta:</b>			
Rica em açúcar/carboidratos <input type="checkbox"/>		Observação:	

Assumo inteira responsabilidade pelas informações aqui prestadas. Afirmando que são verdadeiras. E, estando esclarecido dos propósitos, riscos e alternativas de tratamento, autorizo o(os) profissional(is) em todos os procedimentos necessários para o meu tratamento ou do paciente pelo qual sou responsável.

Assinatura do Paciente/Responsável

**Exame Físico**

Data do Exame inicial: / /

Profissional responsável pelo Exame:

**Extrabucal**

Face  Olhos  Nariz  Ouvidos  ATM  Pescoço  Cadeias Linfáticas

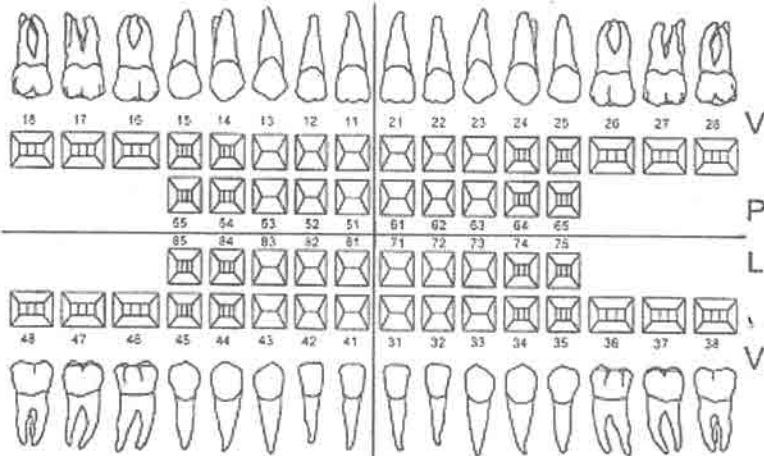
Alterações observadas:

**Intrabucal**

Lábios  Língua  Palato  Amígdalas  Assoalho Bucal  Gengiva  Bochecha

Alterações observadas:

**Odontograma Inicial**



**Presença / Risco**

- Placa
- Cárie
- Doença Periodontal
- Malocclusão
- Fluorose

**Fornecimento**

- Escova dental
- Creme dental
- Fio dental

**Marcação**

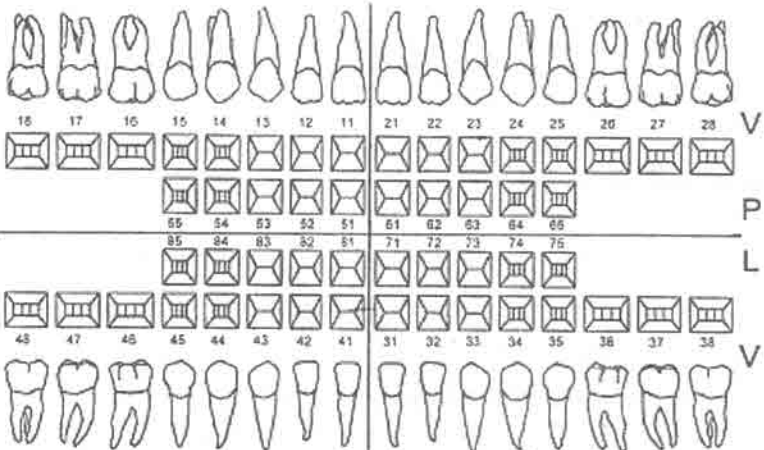
- Necessidade de Tratamento
- Tratamento Satisfatório

**Plano de Tratamento**

Assinatura do Paciente/Responsável

data

Assinatura do Profissional



**Conduta**

- Tratamento Concluído
- Encaminhamento:
  - Endodontia
  - Prótese
  - Cirurgia
  - Odontopediatria
  - Ortodontia
  - Periodontia
  - Estomatologia
  - Outros:

**Marcação**

- Tratamento Realizado



