

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ N° do prontuário: _____
R.G. _____ CPF: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____ Telefone:(0**) _____
Outro telefone (para recado): _____ Falar com: _____
Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Cor: _____ Sexo: _____
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Outros _____
Profissão: _____ Local de trabalho: _____
Endereço: _____ Telefone: (0**) _____
Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____
Procedência: () Zona Urbana () Zona Rural _____
Filiação: Pai: _____ Nacionalidade: _____
Mãe: _____ Nacionalidade: _____

Nome, endereço e telefone de parente ou pessoa amiga com quem possa entrar em contato caso necessite: _____

Nome: _____ Pront. _____

Queixa principal: _____

ANAMNESE

História médica e antecedentes familiares:

1. Está fazendo algum tratamento médico? _____ Qual (is) ? _____
Qual o nome e endereço de seu médico? _____
2. Está tomando algum medicamento? _____ Qual (is) ? _____
3. Já se submeteu a alguma cirurgia? _____ Qual (is) e como foi? _____
Teve hemorragia? Sim () Não () _____
4. Já se submeteu a transfusão sanguínea? _____ Quando? _____
5. Já se submeteu a tratamento radioterápico? _____ Quando? _____ Em que região? _____
6. Submeteu-se a algum tipo de regime alimentar? _____ Descrever _____

7. Apresenta ou já apresentou alguma destas doenças?

- | | | | |
|-----------------|---|-----------------|---|
| () Sim () Não | Diabete | () Sim () Não | Doença mental (depressão, stress) |
| () Sim () Não | Febre reumática | () Sim () Não | Doença sexualmente transmissível |
| () Sim () Não | Doença renal | () Sim () Não | Doença pulmonar |
| () Sim () Não | Cardiopatia | () Sim () Não | Problemas de pressão arterial _____ |
| () Sim () Não | Epilepsia | () Sim () Não | Alergia _____ |
| () Sim () Não | Hepatite | () Sim () Não | Doença gástrica (úlceras, gastrite) |
| () Sim () Não | Hemorragia | () Sim () Não | Infecções (tuberculose, paracoccidiodomicose) |
| () Sim () Não | Outra doença mencionada _____ | | |
| () Sim () Não | Ciclos menstruais normais? Método contraceptivo _____ | | |
| () Sim () Não | Está grávida ? _____ Período? _____ | | |

História buco-dental:

1. Já fez tratamento odontológico? _____ Motivo _____ Há quanto tempo? _____
Houve algum problema? (relate) _____
2. Hábitos de Higiene:
- | | | |
|-----------------|--------------|-------------------|
| () Sim () Não | Escovação | Frequência: _____ |
| () Sim () Não | Fio dental | Frequência: _____ |
| () sim () não | Enxaguatório | Frequência: _____ |

3. Sua gengiva sangra? () sim () não Seus dentes estão moles? () sim () não
4. Sente a boca seca? () sim () não
5. Sente dificuldade em mastigar () sim () não Relate: _____
6. Usa aparelho protético? () sim () não Há quanto tempo? _____ Trocas efetuadas: _____

Tipo/idade da prótese atual: () Total superior/ _____ () Total inferior _____
() PPR superior/ _____ () PPR inferior / _____
() PPR muco-suportada ____/____ () Outra ____/____

Considera a condição da prótese atual: () Boa () Ruim

Motivo: () Mal adaptada () Quebrada () _____

Hábitos

Fumo () Sim () Não Tipo _____ Qtidade/dia? _____ Tempo _____
Ex-fumante () Sim () Não Tipo _____ Qtidade/dia? _____ Tempo _____
Álcool () Sim () Não Tipo _____ Qtidade/dia? _____ Tempo _____
Ex-etilista () Sim () Não Tipo _____ Qtidade/dia? _____ Tempo _____

Outros: _____

Ciente da veracidade das informações por mim prestadas acima:

Data: ____/____/____
Ass. do paciente ou responsável _____

EXAME FÍSICO

1. Geral: Pressão arterial: _____ Altura _____ Peso _____ Pulso _____
Temperatura _____ Tempo de Sangramento _____ Tempo de Coagulação _____

2. Extra-bucal (Descrever as alterações)

3. Intra-bucal (Descrever as alterações)

4. Exame radiográfico (descrever as alterações)

DATA: ____/____/____ DISCIPLINA: _____

Examinador(es): _____

Obs. Se necessário acrescentar ficha específica que contenha odontograma (dentística) e áreas topográficas da boca (estomatologia) para melhor descrição das alterações.