

Inserir identificação do estabelecimento de saúde (Endereço. E, se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

FICHA CLÍNICA

Identificação do Profissional ou da Empresa Prestadora
de Assistência Odontológica

Identificação do Paciente

Nome: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ CPF/MF: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: _____ Profissão/Atividade: _____

Endereço residencial: _____

Endereço comercial: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

WhatsApp: _____ Mídia social: _____

Indicação a este profissional/clínica

por: _____

Convênio: _____ N° de
cadastro _____

Contato de Emergência:

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ Telefone: (____) _____

Cirurgião-dentista responsável pelo tratamento anterior: _____

Tipo de tratamento: _____

Data/período de atendimento: _____

Identificação do responsável ou representante legal:

Nome: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ CPF/MF: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: _____ Profissão/Atividade: _____

Endereço residencial: _____

Endereço comercial: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

WhatsApp: _____ Mídia social: _____

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL: Qual o motivo de sua busca por tratamento?

HISTÓRIA DA DOENÇA/MOLÉSTIA ATUAL: Descrição técnica.

HISTÓRIA PREGRESSA MÉDICA: Relato de atendimentos e tratamentos médicos anteriores.

HISTÓRIA PREGRESSA ODONTOLÓGICA: Relato de atendimentos e tratamentos odontológicos anteriores.

HISTÓRIA FAMILIAR: Informações sobre a saúde da pessoa e/ou de parentes/familiares.

HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL: Informações sobre o estilo de vida e hábitos do paciente.

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE:

Sobre aparelho digestório:

- Tem frequentemente ferida na boca, azia, gastrite ou úlcera gástrica () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Já teve diagnosticada a presença de Helicobacter Pylori? () Não () Sim

- Tem refluxo? () Não () Sim

- Tem afta ou lesões na boca com frequência? () Não () Sim

- Toma algum medicamento para problema gastrointestinal? () Não () Sim

Qual(is)? _____

Sobre condição hepática:

- Tem alguma disfunção hepática? () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Toma algum medicamento para esta condição? () Não () Sim

Qual(is)? _____

Sobre condição cardiovascular:

- Sua pressão arterial é alta ou baixa? () Não () Sim

- Toma algum medicamento para controle de pressão arterial? () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Possui arritmia cardíaca? () Não () Sim

- Toma algum medicamento para controle de arritmia cardíaca? () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Possui marca-passo, stent ou alguma prótese cardíaca? () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Toma medicamento anticoagulante? () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Tem prolapso de válvula cardíaca? () Não () Sim

- Teve endocardite bacteriana? () Não () Sim

Sobre condição respiratória:

- Sente falta de ar com frequência? () Não () Sim

Qual(is) circunstância(s)? _____

- Tem asma ou bronquite já diagnosticada? () Não () Sim Qual? _____

- Tem ou teve tuberculose? () Não () Sim Está sob medicação? _____

- Toma algum medicamento para problema respiratório? () Não () Sim

Qual(is)? _____

Sobre aparelho genitourinário:

- Tem insuficiência renal? () Não () Sim

- Faz tratamento de hemodiálise? () Não () Sim Frequência: _____

- Toma algum medicamento para problema renal? () Não () Sim

Qual(is)? _____

Sobre condição motora:

- Usa órtese ou prótese óssea ou articular? () Não () Sim

Qual
órtese? _____

Qual prótese e em que região do
corpo? _____

- Tem alguma doença reumática? () Não () Sim

Qual? _____

- Apresenta osteopenia ou osteoporose? () Não () Sim Qual? _____

- Toma algum medicamento para tratamento de uma ou mais das condições acima? () Não () Sim

Qual(is)? _____

Sobre doenças infectocontagiosas/IST:

- Tem alguma doença infectocontagiosa? () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Tem alguma infecção sexualmente transmissível? () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Toma algum medicamento para alguma destas doenças? () Não () Sim

Qual(is)? _____

Sobre condição endócrina e metabólica:

- Tem diabetes? () Não () Sim

- Possui hipotireoidismo ou hipertireoidismo? () Não () Sim Qual? _____

- Toma algum medicamento para alguma destas doenças? () Não () Sim

Qual(is)? _____

Sobre reação alérgica:

- Tem alguma alergia? () Não () Sim

- A que? () Medicamento () Alimentos () Anestésico () Outros: _____

- Já fez teste alérgico? () Não () Sim

- Já teve alguma reação alérgica com anestesia aplicada? () Não () Sim

-Descreva o

ocorrido: _____

- Em que tratamento e quando? _____

Sobre resposta do organismo à lesões de tecidos :

- Costuma sangrar por longo tempo quando se corta? () Não () Sim

- Tempo (estimado em minutos): _____

- Como se dá sua cicatrização? _____

Sobre procedimentos cirúrgicos em geral:

- Já se submeteu a alguma cirurgia? () Não () Sim

Qual(is)? _____

Motivo? _____

Houve alguma intercorrência? _____

Sobre métodos contraceptivos e gestação:

- Faz uso de medicamento anticoncepcional? () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Está grávida? () Não () Sim Tempo (em semanas): _____

- Está em fase de lactação? () Não () Sim

- Houve intercorrência na atual gestação? () Não () Sim

- Houve intercorrência em gestação anterior? () Não () Sim

- Faz uso de algum medicamento em razão da gestação? () Não () Sim

Qual(is)? _____

Motivo? _____

Sobre neoplasias:

- Já teve algum diagnóstico de neoplasia? () Não () Sim () Benigna () Maligna

Qual(is)? _____

Qual o tratamento a que se submeteu ou está em andamento? _____

Qual a situação atual de controle? _____

Sobre problemas psicológicos / psiquiátricos:

- Está ou esteve em tratamento? () Não () Sim

Motivo e/ou diagnóstico: _____

Descrever sintomas e tratamento: _____

- Faz uso de algum medicamento em razão da condição? _____

Sobre doenças, síndromes ou medicamentos não especificados acima:

- Tem ou teve alguma doença ou síndrome? () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Está se submetendo a algum tratamento para saúde? () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Está tomando algum medicamento para esta condição? () Não () Sim

Qual(is)? _____

—

Sobre condições de pessoa com deficiência:

- Apresenta alguma deficiência nos termos da Lei 13.146, de 06 de julho de 2015?

Qual(is)? _____

Está em tratamento ou acompanhamento profissional? () Não () Sim

Sobre hábitos ou costumes:

- Tem algum hábito ou costume dentre os abaixo elencados?

() Fumo -Tipo e frequência : _____

() Álcool - Frequência : _____

() Droga ilícita - Frequência : _____

Outras observações importantes:

- Nome do(s) Médico(s) Assistente(s):

_____ Telefones: () _____

_____ Telefones: () _____

_____ Telefones: () _____

_____ Telefones: () _____

INVENTÁRIO ODONTOLÓGICO:

- Quando foi seu último tratamento odontológico?

- Houve alguma intercorrência? () Não () Sim

Qual?

Descrever a experiência:

- Escova os dentes todos os dias? () Não () Sim () Nem sempre

Quantas vezes por dia:

Tipo de escovade dente usada? () Cerdas duras () Cerdas médias () Cerdas macias

Frequência com que troca de escova de dente?

- Com que frequência usa fio ou fita dental?

() Não uso () Diariamente () Após as refeições () Às vezes

- Outras formas de higienização:

() Passa-fio () Escova interdental () Unitufo () Bitufo () Escova elétrica

() Aparelho de hidrojateamento

- Usa creme dental? () Não () Sim () Com flúor () Sem flúor

- Faz uso de enxaguatório bucal (colutório)? () Não () Sim

Qual(is)? _____

- Faz uso de flúor? () Não () Sim () Aplicação direta () Bochecho

Indicação:

Frequência:

- Sente alguma dor em dente ou na gengiva? () Não () Sim

Descrever dente ou região:

Natureza da dor: () Espontânea () Provocada

Fator desencadeador:

- Apresenta sangramento na gengiva? () Não () Ao escovar () Ao usar fio dental () Espontâneo

Descrever dente ou região:

- Sente seus dentes moles? () Não () Sim

Descrever dente ou região:

- Sente ou lhe disseram sobre ter mau hálito? () Não () Sim

Fator desencadeador ou associado:

- Sente gosto ruim na boca ou xerostomia (boca seca)? ☐ Não ☐ Sim

Fator desencadeador ou associado:

- Já se submeteu a tratamento periodontal? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer

Qual(is)?

Quando:

- Tem dificuldade ou limitação ao abrir a boca? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer

- Sente dor ao abrir ou ao movimentar lateralmente a boca? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer

Descrever região:

- Ouve barulho (estalido/crepitação) no ouvido ao abrir a boca? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer

- Sente dor na maxila, na mandíbula, na face, no ouvido, na cabeça, na nuca ou no pescoço?

Em que região?

Frequência:

Fator desencadeador ou associado:

- Apresenta:

☐ Sensibilidade ou dor com alimento: ☐ Quente ☐ Frio

☐ Sensibilidade ao ingerir alimento doce

Dente ou região:

- Apresenta alguma alteração na língua ou no palato? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer

Descrever:

- Já teve alguma ferida ou bolha na face ou nos lábios? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer

Em que região?

Frequência:

Fator desencadeador ou associado:

- Acorda com sensação de cansaço ou dor na face ou na ATM? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer

- Aperta ou range os dentes? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer ☐ Durante o dia ☐ Pela noite

- Hábitos:

☐ Respirar pela boca

☐ Sucção: ☐ Dedos ☐ Chupeta ☐ Chá ☐ Outro: _____

☐ Onicofagia (roer unha) - Frequência: _____

☐ Uso de palito - Frequência: _____

☐ Goma de mascar - Frequência: _____

☐ Morder: ☐ Lápis ☐ Caneta ☐ Outro: _____

☐ Fumar: ☐ Cigarro ☐ Cigarro de palha ☐ Charuto ☐ Cachimbo ☐ Outro: _____

☐ Ingestão de bebida alcoólica - Frequência: _____

- Dieta:

☐ Doces: ☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes - Frequência: _____

☐ Bebidas: ☐ Café ☐ Chá ☐ Suco com corantes ☐ Achocolatado ☐ Refrigerantes

☐ Ingerir alimentos e/ou bebidas entre as refeições

- Já se submeteu a tratamento endodôntico?

Dente(s): _____

- Faz uso de prótese dentária? () Não () Sim

Tipo e dentes envolvidos: _____

- Já se submeteu a alguma cirurgia bucal ou facial? () Não () Sim

Qual(is)? _____

Motivo? _____

Houve alguma intercorrência? _____

- Há alguma informação que queira acrescentar? () Não () Sim

Descrição: _____

Declaro ter entendido as perguntas que me foram feitas, tendo eu compreendido a sua importância para o correto diagnóstico, planejamento, execução do tratamento e acompanhamento, atestando serem verdadeiras as respostas por mim fornecidas. Atesto não ter omitido, não ter me esquecido e nem faltado com a verdade ao responder a todas as perguntas. Declaro, por fim, que minhas dúvidas foram explicadas pelo Cirurgião-dentista e/ou sua Equipe, com linguagem não técnica, clara e por mim compreendida.

Local e data.

Assinatura do Paciente e/ou seu Responsável Legal

EXAME FÍSICO:

GERAL:

Frequência cardíaca: _____ (BPM) Pressão arterial: _____ x _____
(mm/Hg)

Alteração ganglionar: _____

Cadeia: _____ Natureza: _____

LOCO-REGIONAL:

EXTRAORAL:

INTRAORAL:

EXAME DENTAL - ODONTOGRAMA DESCRITIVO

18 38

17 37

16 36

15 (55) 35 (75)
14 (54) 34 (74)
13 (53) 33 (73)
12 (52) 32 (72)
11 (51) 31 (71)
21 (61) 41 (81)
22 (62) 42 (82)
23 (63) 43 (83)
24 (64) 44 (84)
25 (65) 45 (85)
26 46
27 47
28 48

ODONTOGRAMA ANATÔMICO DA CONDIÇÃO INICIAL
ODONTOGRAMA ANATÔMICO COM TRATAMENTO EXECUTADO
PLANO DE TRATAMENTO
PLANOS DE TRATAMENTOS E ORÇAMENTO

Opção 1:

Opção 2:

Opção 3:

Declaro que o Cirurgião-dentista / Equipe / Clínica / Estabelecimento de Saúde _____

esclareceu-me adequadamente sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, bem como sobre o fato de que o alcance dos objetivos esperados dependerá da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada e de minha participação e cooperação nos cuidados pessoais e na observação fiel das prescrições, encaminhamentos, solicitações de exames auxiliares, no comparecimento regular às consultas e no seguimento das demais orientações e recomendações feitas pelo Profissional e/ou sua Equipe.

Declaro, ainda, que estou ciente de que eventuais ausências às consultas, mesmo que justificadas, e o não atendimento das orientações profissionais poderão prejudicar o alcance dos objetivos pretendidos com o tratamento, uma vez que a Odontologia não é uma ciência exata, sofrendo limitações e variações para cada paciente e tipo de procedimento e materiais utilizados. Informo que estou ciente de que, no curso do tratamento, dependendo da resposta biológica individual do meu organismo ou da situação clínica evidenciada, poderá haver a necessidade de alteração do Plano de Tratamento, da técnica a ser empregada e, conseqüentemente, do valor do tratamento, situação em que serei informado, para minha concordância ou não. Por fim, aceito e autorizo a execução do tratamento, na Opção _____ por mim escolhida, de forma esclarecida e livre, bem como manifesto ciência e anuência relativas aos valores de honorários apresentados.

Obs.: APÓS A ESCOLHA DO PLANO DE TRATAMENTO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL, PASSA A SER INDICADA A ELABORAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESPECÍFICO E DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS. (Apagar esta observação no uso do modelo)
Local e data.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável Legal Assinatura e carimbo do Cirurgião-dentista
FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA E INTERCORRÊNCIAS

Obs.: RECOMENDA-SE, A CADA REGISTRO DE EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS DURANTE O TRATAMENTO, COLHER AS ASSINATURAS DO PACIENTE E DO PROFISSIONAL ASSISTENTE EM LINHA ABAIXO OU EM COLUNA LATERAL. (Apagar esta observação no uso do modelo)