

MANUTENÇÃO.

→ PSR. 18 - 14 13 - 23 24 - 28 (0-4)

48 - ~~44~~ 43 - 33 34 - ~~38~~ (0-4)

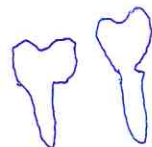
o aparecer legenda
de códigos.

→ ~~Faizures Retentivo~~
Cálculo Super

→ outros fatores.

Esintetizar a legenda

PM	RI
cardade de cárie	
prótese mal adaptada	
restauração inusuetas	
raízes residuais	
má posição dentária	
Aparelho ortodôntico	



→ 1. Sanguamento - Morf. ul. - PARA CALCULAR O ÍNDICE / MARCA PROXIMAL DA VEST. E LING. AO MESMO TEMPO


Índice de Placa

~~Hyperplasia~~
Avascular General (continuous equal).

5. sol demanda do PSR
validar regra.

Implante

Implante
Prof. Sondagem. (contorno igual)

Saug. sondage (continuous) 

Supuração - (sim ou não) ☒

~~Free~~

~~Fusca~~ Mobilidade (I - II - III)

Furca (I - II - III)

igual + dentes

16-15-14.

2 FURCAS

Non lidate

Furca

igual + dentes

16-15-14.

colocar dentro* da bolinha de furar o grau I, II e III.

~~Example~~

Departamento de Periodontia

PERIOGRAMA

Data _____

Paciente Sobrenome _____

Nome _____

Data de Nascimento _____

☐

Exame Inicial

☐

Reavaliação

☒ Manutenção

Profissional _____

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Mobilidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Implante																
Furca																
Sangramento à sondagem																
Supuração																
Recessão																
Margem gengival	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Profundidade de sondagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Vestibular

INVERTER

Palatina

Recessão

Margem gengival
Profundidade de sondagem
Supuração
Sangramento à sondagem
Furca
Nota

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Média da profund. de sondagem = 0 mm Média do nível de inserção = 0 mm 0% Placa 0% Sangramento à sondagem

Nota																
Furca																
Sangramento à sondagem																
Supuração																
Recessão																
Margem gengival	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Profundidade de sondagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Lingual

INVERTER

Vestibular

Margem gengival	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Profundidade de sondagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Placa																
Sangramento à sondagem																
Furca																
Implante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mobilidade	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

1- Histórico Médico

1.1. SITUAÇÃO GERAL

CONDIÇÃO CLÍNICA	(X)	DESCRIÇÃO	DESCRIÇÃO
Tratamento Médico		Tipo:	Tempo:
Fumante		() cigarro () cachimbo () outros	Tempo: Quantidade:
Ex-fumante		() cigarro () cachimbo () outros	Tempo: Quantidade:
Alergias		() remédios () alimentos () anestésicos	Tipo:
Cirurgias Realizadas		Tipo:	Quando:
Gestante		Tempo Gestação:	Complicações:
Partos		() prematuro () cesariana () normal	Nº de filhos:
Medicações em uso		INDICAÇÃO CLÍNICA	POSOLOGIA

1.2. ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES

CONDIÇÃO CLÍNICA	(X)	Compensado(a)	Histórico da Condição Clínica
Hipertensão Arterial		() SIM () NÃO	
Hipotensão Arterial		() SIM () NÃO	
Válvulas Artificiais		() SIM () NÃO	
Endocardite Bacteriana		() SIM () NÃO	
Ponte Safena		() SIM () NÃO	
Infarto no Miocárdio		() SIM () NÃO	
Marcapasso		() SIM () NÃO	
Problemas Valvares		() SIM () NÃO	
Angina		() SIM () NÃO	
Outros:		() SIM () NÃO	

1.3. ALTERAÇÕES SANGUÍNEAS – METABÓLICAS – RESPIRATÓRIAS - DERMATOLÓGICAS

CONDIÇÃO CLÍNICA	(X)	Compensado(a)	Histórico da Condição Clínica
Anemia		() SIM () NÃO	
Diabetes		() SIM () NÃO	
Alterações Hormonais		() SIM () NÃO	Qual hormônio?
Hepatite		Tipo:	Quando:
Epilepsia		() SIM () NÃO	
Hemorragia		Quando:	Situação:
Leucemia		() SIM () NÃO	
Hemofilia		() SIM () NÃO	
Tuberculose		Quando:	
Hanseníase		() SIM () NÃO	Medicação?
Alterações Dermatológicas		() SIM () NÃO	
Osteoporose		() SIM () NÃO	
Artrite Reumatóide		() SIM () NÃO	
Portador do HIV - AIDS		() SIM () NÃO	
Neoplasias (Câncer)		() SIM () NÃO	Tipo e Localização:
Radioterapia		Frequência:	
Quimioterapia		Frequência:	
Ingere bebida alcoólica		Frequência:	
Uso de drogas ilícitas		Qual(is)	Quanto tempo?
Outras Alterações		() SIM () NÃO	
Observações:			



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FFOE - CURSO DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA
DISCIPLINA DE PERIODONTIA

FICHA CLÍNICA PERIODONTAL

Paciente _____

Data do nascimento ____/____/____ Idade _____ Sexo ☐ M ☐ F Estado civil _____

Profissão _____ RG _____ Órgão Emissor _____

Endereço _____ Tel: _____ Celular _____

Local do trabalho _____ Tel: _____

Responsável: _____ Indicado por _____ Data _____

Aluno(a) _____ Período _____

Situação de atendimento:

☐ Exame Inicial ☐ Atualização de Anamnese ☐ Manutenção ☐ Paciente com indicação apenas Cirúrgica

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO PERIODONTAL

Eu, _____, Através deste documento por mim assinado, autorizo à Disciplina de Periodontia do Curso de Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, através de seus professores, monitores e/ou alunos, para realizar sempre que necessário os procedimentos abaixo, em minha pessoa, com o objetivo de alcançar saúde no meu periodonto sendo eles:

- Realizar exame clínico, biópsias e radiografias;
- Solicitar exames sanguíneos;
- Fazer diagnóstico e plano de tratamento;
- Aplicar tratamento não-cirúrgico e cirúrgico no meu periodonto para alcançar saúde;
- Realizar cirurgias no periodonto com objetivo estético;
- Prescrição de medicamentos para o auxílio do tratamento do meu periodonto;
- Realização de reexames de controle periódico;
- concordo também que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos e antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais ou quaisquer outras informações referentes ao diagnóstico ou tratamento de minha pessoa, possam ser utilizados para fins de ensino e divulgação no meio odontológico, inclusive com a publicação em revistas da área, não divulgando, entretanto, a minha identidade pessoal como nome, endereço e registros de identificação civil.

Declaro ainda que todas as informações registradas na área de identificação, histórico médico, histórico odontológico e utilização de recursos de higiene bucal, são de minha inteira responsabilidade.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

1- Histórico Médico - ESTOM / PAT / etc.

1.1. SITUAÇÃO GERAL

CONDIÇÃO CLÍNICA	(X)	DESCRIÇÃO	DESCRIÇÃO
Tratamento Médico		Tipo:	Tempo:
Fumante		() cigarro () cachimbo () outros	Tempo: Quantidade:
Ex-fumante		() cigarro () cachimbo () outros	Tempo: Quantidade:
Alergias		() remédios () alimentos () anestésicos	Tipo:
Cirurgias Realizadas		Tipo:	Quando:
Gestante		Tempo Gestação:	Complicações:
Partos		() prematuro () cesariana () normal	Nº de filhos:
Medicações em uso		INDICAÇÃO CLÍNICA	POSOLOGIA

1.2. ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES

CONDIÇÃO CLÍNICA	(X)	Compensado(a)	Histórico da Condição Clínica
Hipertensão Arterial		() SIM () NÃO	
Hipotensão Arterial		() SIM () NÃO	
Válvulas Artificiais		() SIM () NÃO	
Endocardite Bacteriana		() SIM () NÃO	
Ponte Safena		() SIM () NÃO	
Infarto no Miocárdio		() SIM () NÃO	
Marcapasso		() SIM () NÃO	
Problemas Valvares		() SIM () NÃO	
Angina		() SIM () NÃO	
Outros:		() SIM () NÃO	

1.3. ALTERAÇÕES SANGÜÍNEAS – METABÓLICAS – RESPIRATÓRIAS - DERMATOLÓGICAS

CONDIÇÃO CLÍNICA	(X)	Compensado(a)	Histórico da Condição Clínica
Anemia		() SIM () NÃO	
Diabetes		() SIM () NÃO	
Alterações Hormonais		() SIM () NÃO	Qual hormônio?
Hepatite		Tipo:	Quando:
Epilepsia		() SIM () NÃO	
Hemorragia		Quando:	Situação:
Leucemia		() SIM () NÃO	
Hemofilia		() SIM () NÃO	
Tuberculose		Quando:	
Hanseníase		() SIM () NÃO	Medicação?
Alterações Dermatológicas		() SIM () NÃO	
Osteoporose		() SIM () NÃO	
Artrite Reumatóide		() SIM () NÃO	
Portador do HIV - AIDS		() SIM () NÃO	
Neoplasias (Câncer)		() SIM () NÃO	Tipo e Localização:
Radioterapia		Frequência:	
Quimioterapia		Frequência:	
Ingere bebida alcoólica		Frequência:	
Outras Alterações		() SIM () NÃO	

Observações: _____

2- Histórico Odontológico - Perio

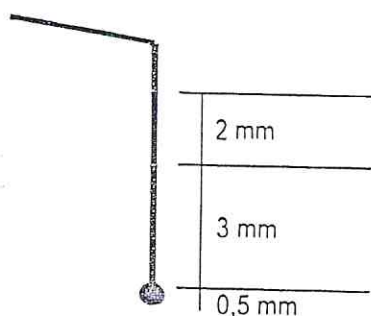
Motivo da Consulta Atual		
Última visita ao dentista	Quando:	O que realizou:
Tratamento Periodontal prévio	Quando:	O que realizou:
Sangramento da gengiva	() sim () não	() estimulado () espontâneo
Dores nas gengivas	() sim () não	Desde quando:
Mobilidade nos dentes	() sim () não	() localizada () vários dentes
Gosto desagradável na boca	() sim () não	() sempre () às vezes
Hálito desagradável	() sim () não	() sempre () às vezes
Sensibilidade nos dentes	() sim () não	Quando:
Ingere alimentos ácidos / refrigerantes	() sim () não	Qual: Freqüência:
Hábitos	() roer unhas () pressão lingual	() morder objetos () morder lábios () ranger dentes
Respiração	() nariz () boca	Dorme de boca aberta () sim () não
Realizou tratamento ortodôntico	() sim () não	Quando:
Removeu alguma lesão da boca	() sim () não	Qual: Quando:
Familiar com doença periodontal	() sim () não	Quem:
Outros hábitos		

3- Recursos de Higiene Bucal

Escovação dental	Freqüência/dia	() 1 () 2 () 3 () 4 () mais vezes
Recebeu orientação de higiene	() sim () não	Quando:
Qual tipo de escova dental	() dura () média () macia	Quanto tempo está com a escova:
Creme dental que utiliza		Motivo:
Utiliza fio dental	() sim () não	Motivo: Freqüência:
Utiliza palito dental	() sim () não	Motivo: Freqüência:
Utiliza outro recurso de limpeza	Qual:	Freqüência:
Considera sua higiene adequada	() sim () não	
Bochecha alguma substância	Qual:	Motivo: Freqüência:

4- Exame Periodontal Simplificado - PSR

PSR – Exame Periodontal Simplificado – Sonda OMS



Registro do PSR nos Sextantes

I - 18 - 14	II - 13 - 23	III - 24 - 28
VI - 48 - 44	V - 43 - 33	IV - 34 - 38

CÓDIGOS APLICADOS AO PSR

- 0 – ausência de sangramento e fatores retentivos e faixa escura da sonda totalmente visível;
- 1 - presença de sangramento à sondagem, / ausência de fatores retentivos / faixa escura da sonda totalmente visível;
- 2 - presença de fatores retentivos de placa (cálculo, restaurações com falhas marginais, cáries) / faixa escura totalmente visível;
- 3 – faixa escura da sonda parcialmente visível – 4 a 5mm de profundidade de sondagem;
- 4 - faixa escura da sonda não mais visível – 6 mm ou mais de profundidade de sondagem.

* - indica presença de recessão gengival maior que 3 mm / mobilidade dental / envolvimento de furca / problemas mucogengivais

Obs: Anotar o * juntamente com o código atribuído em cada sextante;

X - indica sextante ausente.

5.3. Índice de Placa Bacteriana

Data ____/____/____ %

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Data ____/____/____ %

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

5.3. Índice de Placa Bacteriana

Data ____/____/____ %

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Data ____/____/____ %

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DOS ÍNDICES DE SANGRAMENTO E PLACA BACTERIANA

$$\text{ÍNDICE DE O'LEARY (1972)} \\ \frac{\text{Número de faces com sangramento/placa} \times 100}{\text{Número de dentes} \times 4}$$

Atenção: A ficha clínica representa um documento odontológico, portanto não a utilize para rascunhos no cálculo dos índices acima ou qualquer outra anotação não pertinente aos registros clínicos do paciente.

*OUTRA ABA - DIAGNÓSTICO***5.4. Diagnóstico das Alterações Gengivais**

() GENGIVITE INDUZIDA PELA PRESENÇA DO BIOFILME DENTAL	
() ASSOCIADA A FATORES LOCAIS	() NÃO ASSOCIADA A FATORES LOCAIS
<i>Outros Diagnósticos</i>	5.5. Prognóstico do Tratamento Supragengival
	() favorável () duvidoso () desfavorável

5.6. Planejamento Terapêutico Periodontal para FASE I

Plano de Tratamento para FASE I	Encaminhamentos

5.7. Observações:

6. EXAME PERIODONTAL SUBGENGIVAL – FASE II

PACIENTE: _____ DATA ____/____/____

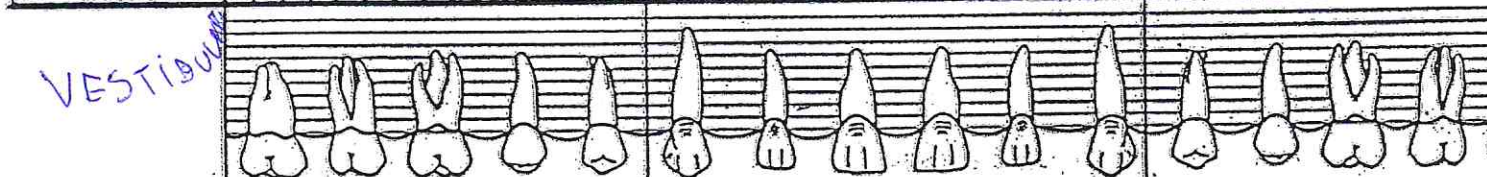
ALUNO: _____

6.1 PERIOGRAMA FASE DO EXAME: () Inicial () Reavaliação () Manutenção

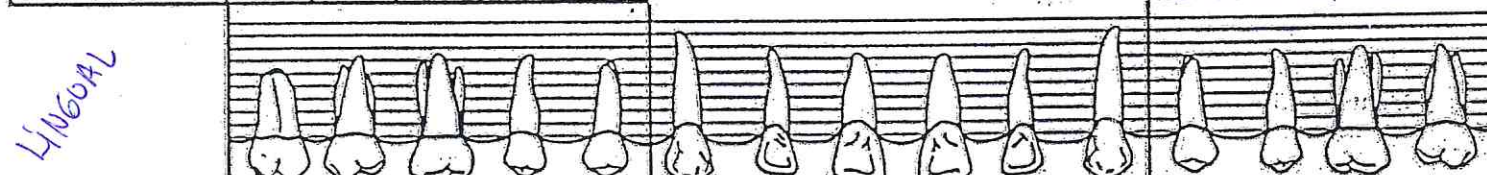
• Sangramento a sondagem (marcar nas linhas horizontais correspondente a área sondada) Lesão de Furca (Grau I – II – III)

X Supuração (marcar nas linhas horizontais correspondente à área com supuração) Mobilidade (Grau I – II – III)

VESTIBULAR	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Sondagem															
R. Gengival															
P. Inserção															



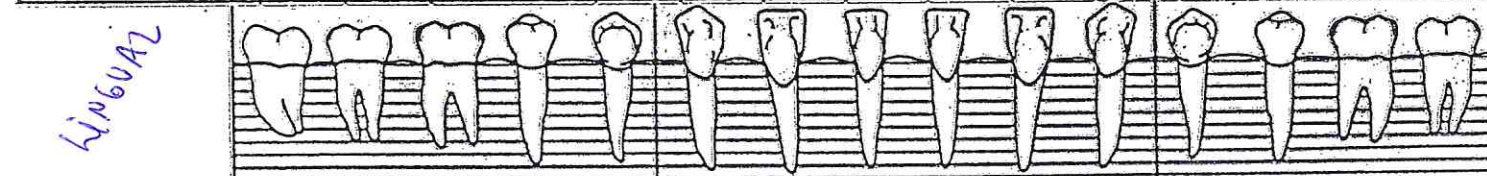
Mobilidade															
Furca															



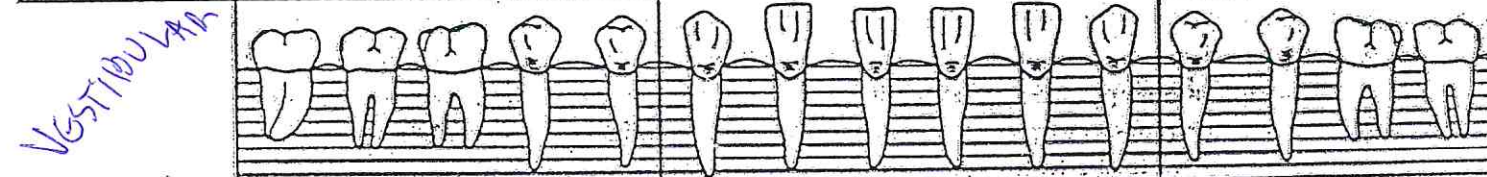
LINGUAL	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Sondagem															
R. Gengival															
P. Inserção															

IMPLANTE

LINGUAL	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Sondagem															
R. Gengival															
P. Inserção															



Mobilidade															
Furca															



VESTIBULAR	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Sondagem															
R. Gengival															
P. Inserção															

IMPLANTE

6.2. Diagnóstico da Área Subgengival

Patologia	Quanto à distribuição	Severidade
Periodontite Crônica ()	Localizada () Generalizada ()	Leve () Moderada () Severa ()
Periodontite Agressiva ()	Localizada () Generalizada ()	Leve () Moderada () Severa ()
Abscessos do Periodonto ()	Abscesso Periodontal () Abscesso Pericoronário ()	Localizado () Generalizado ()

6.3. Outras Alterações Diagnosticadas**6.4. Prognóstico do Tratamento Subgengival**

() Favorável () Duvidoso () Desfavorável

Justificativa: _____

6.5. Exodontias Indicadas

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Legenda para Plano de Tratamento

RASUPRA: raspagem supragengival
RASUB: raspagem e alisamento subgengival
IHB: instrução de higiene bucal
RHB: reforço de higiene bucal
ATF: aplicação tópica de flúor
PC: polimento coronário
IP: índice de placa
ISM: Índice de sangramento marginal

6.6. Planejamento Terapêutico Periodontal Subgengival (FASE II)

SESSÃO	PROCEDIMENTO PROGRAMADO
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

6.7. Dados Clínicos na Conclusão do Tratamento Periodontal

Tratamento Subgengival Concluído em:	DATA ____/____/____
Índice de Sangramento Marginal nesta data:	____ %
Índice de Placa Bacteriana nesta data:	____ %
Cooperação do paciente com o tratamento	() BOA () REGULAR () INSATISFATÓRIA
Paciente Suscetível à Formação de Cálculo Supragengival	() Sim () Não
Reavaliação Programada para:	DATA ____/____/____
Início do Programa de Manutenção (previsão)	Mês/Ano ____/____

Assinatura do Aluno Responsável

Assinatura do Professor Responsável

Assinatura do Paciente ou Responsável

HISTÓRICO DE ACOMPANHAMENTO PERIODONTAL

Paciente: _____

Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente

TRATAMENTO EXECUTADO.

Universidade Federal do Ceará – Disciplina de Periodontia

Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente
Data	Procedimento Executado	
		Assinatura do Aluno
		Assinatura do Professor
Procedimentos previstos para próxima sessão:		
		Assinatura do Paciente

PACIENTE ASSINAR A CADA TRATAMENTO