

Dra. Ana Karina Carvalho

Cirurgiã-Dentista CRO-PE:18.739



FICHA CLÍNICA

__/__/__

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Sexo M F Idade: ____
RG: _____ CPF: _____ Nacionalidade: _____ Nasc: __/__/____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Telefone: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

ANAMNESE

Histórico de Saúde Geral

Está ou esteve recentemente em tratamento médico? _____
Faz uso de alguma medicação? Quais? _____

Tem alergia a algum medicamento, anestésicos, alimentos, produtos? _____

Tem problemas de cicatrização? _____
Quando se corta há um sangramento () normal () excessivo
Já fez alguma cirurgia? () Sim () Não _____
Dorme bem? _____
Como está sua saúde mental? Apresenta ansiedade () depressão () _____
Costuma desmaiar ou sentir tonturas? _____
Há quanto tempo fez exames laboratoriais? Quais? _____
Gestante? Quantas semanas? _____
Tem gripe ou resfriado com frequência? _____
Como você avalia sua saúde? _____

Hábitos de Saúde e Estilo de Vida

Como é sua alimentação? _____
Sua dieta é rica em açúcar? () _____
Bebe água com frequência? _____
Bebe refrigerantes ou outras bebidas ácidas? _____
Fuma? () Já considerou parar? () _____
Faz uso de bebidas alcoólicas? _____
Pratica atividade física? Quantas vezes por semana? _____

Saúde Bucal

Motivo da consulta: _____

Queixa principal: _____

Expectativas do paciente: _____

Histórico odontológico

Última visita ao dentista e motivo: _____

Sente alguma dificuldade ou barulho ao abrir a boca? _____

Sente dores ou estalos na articulação da mandíbula ou no ouvido? _____

Procedimentos já realizados no passado: _____

Possui sensibilidade a frio, quente, pressão? _____

Range ou aperta os dentes? _____

Apresenta secura bucal? _____

Apresenta mau hálito? _____

Sente retenção de comida entre os dentes? _____

Tem hábito de mascar chiclete ou bala? _____

Histórico de sangramento ou desconforto durante a escovação? _____

Sente os dentes com mobilidade? _____

Já teve alguma reação a anestesia local no dentista? _____

Medos e ansiedades relacionados ao tratamento: _____

Grau de satisfação com a estética e saúde bucal atual (dentes, gengiva, sorriso): _____

Higiene

Frequência de Escovação: _____

Usa fio dental? Quantas vezes?: _____

Usa enxaguante? () _____

Acha sua escovação eficiente? _____

Disposição para realizar consultas: _____

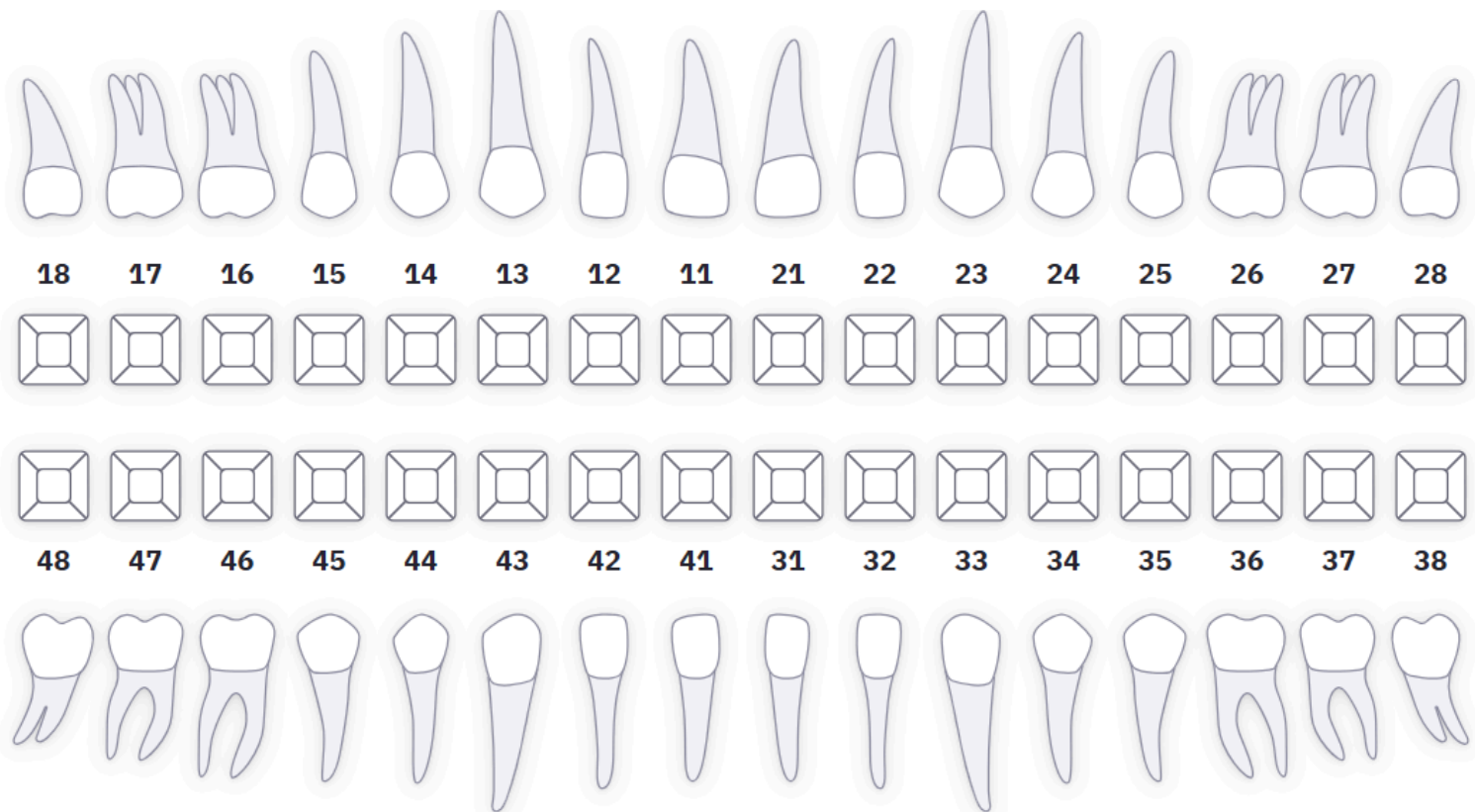
Declaro para fins de direito que as informações acima prestadas são verdadeiras.

Pombos, ____/____/____

Ass. do paciente ou responsável

EXAME FÍSICO E ODONTOLÓGICO

Estado geral: _____ Peso referido: _____ Kg; Altura: _____ IMC: _____
 Freq. Cardíaca: _____ bpm; PA _____ x _____ mmHg (em repouso). HGT: _____ mg/dL
 Olhos: _____ Nariz: _____
 Face: _____ ATM: _____
 Linfonodos cervicais: _____
 Língua: _____
 Palato: _____ Faringe: _____
 Assoalho bucal: _____ Lábios: _____
 Oclusão: _____.



Legenda:

Azul - Não precisa ser realizado/refeito Vermelho - alterações que necessitam de tratamento

Observações: _____

AVALIAÇÃO PERIODONTAL

Escore	PSR	Tratamento
0	Nenhum sinal de doença periodontal- Faixa totalmente visível	Cuidado preventivo.
1	Sangramento gengival até 30s após sondagem suave - faixa totalmente visível	Remoção de placa a instrução de higiene.
2	Cálculo supra e subgengival e/ou margens restauradoras mal adaptadas. Faixa visível.	Remoção de placa e adequação.
3	Bolsa periodontal de 4 a 5mm. Faixa parcialmente visível.	Exame e documentação completa do sextante. Inclui radiografias.
4	Bolsa profunda de 6mm ou mais. Faixa não visível.	Necessidade de exame e documentação completa da boca toda.
*	Anormalidade clínica associada a demais fatores. Furca, mobilidade, alterações mucogengivais e /ou recessão maior que 3,5mm a partir da junção amelocementária.	Tratamento da condição. 3* e 4* - detalhar exame periodontal completo.

Sextante/Escore ____ / ____ / ____

1°	2°	3°
6°	5°	4°

Sextante/Escore ____ / ____ / ____

1°	2°	3°
6°	5°	4°

Sextantes/Escore ____ / ____ / ____

1°	2°	3°
6°	5°	4°

PLANO DE TRATAMENTO

Procedimento	Data
1º	
2º	
3º	
4º	
5º	
6º	
7º	

Declaro que o(a) cirurgião(ã)-dentista , esclareceu-me adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, bem como que o sucesso do tratamento dependerá da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada e de minha colaboração, atendimento às prescrições, encaminhamentos e demais solicitações do profissional.

Declaro, ainda, que estou ciente que eventuais ausências às consultas e o não atendimento das orientações profissionais prejudicarão o resultado pretendido, uma vez que a Odontologia não se trata de uma ciência exata, sofrendo limitações. Informo que, estou ciente de que, no curso do tratamento, dependendo da resposta biológica, poderá haver a necessidade de alteração do plano de tratamento, da técnica empregada, e da previsão orçamentária.

Por fim, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional e arcando com os custos estipulados no orçamento apresentado.

_____/_____/20____
Local e data

Ass. do paciente ou responsável

Dra. Ana Karina de Carvalho

CRO-PE: 18.739

Evolução

[illegible]