

FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA Nº

INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:			
IDADE:	DATA NASC:		TURMA:
NATURALIDADE:		CAMPUS:	
TELEFONE:	SEXO:	COR:	

2. ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL:	
HISTÓRIA MÉDICA	
DIABETES () NÃO () SIM () ANT. FAMILIAR	COAGULAÇÃO () NÃO () SIM
HIPERTENSÃO () NÃO () SIM () ANT. FAMILIAR	HEMORRAGIA () NÃO () SIM
CARDIACO () NÃO () SIM () ANT. FAMILIAR	ANESTESIA () NÃO () SIM
HEPÁTICO () NÃO () SIM QUAL:	AIDS-HIV () NÃO () SIM
NEUROLÓGICO () NÃO () SIM QUAL:	FEBRE REUMÁTICA () NÃO () SIM
RESPIRATÓRIO () NÃO () SIM QUAL:	EPILEPSIA () NÃO () SIM
DST () NÃO () SIM QUAL:	TIREOIDE () NÃO () SIM
CIRURGIA () NÃO () SIM QUAL:	RENAL () NÃO () SIM
FAZ USO DE MEDICAMENTO () NÃO () SIM QUAL:	FUMO () NÃO () SIM
ALERGIA () NÃO () SIM QUAL:	DROGAS () NÃO () SIM
GRAVIDEZ () NÃO () SIM TEMPO:	ALCOOL () NÃO () SIM

HÁBITOS DE HIGIENE	HÁBITOS PARAFUNCIONAIS
ESCOVAÇÃO () 1 () 2 () 3 () MAIS DE 3	ROI UNHA () NÃO () SIM
FIO DENTAL () NÃO () SIM	RESPIRADOR BUCAL () NÃO () SIM
BOCHECHO () NÃO () SIM	CHUPAR DEDO () NÃO () SIM
ÚLTIMA CONSULTA	RANGER OS DENTES () NÃO () SIM
	INTERPOR OBJETOS () NÃO () SIM

OBS: