

**Nr.**

|         |          |                |                    |            |
|---------|----------|----------------|--------------------|------------|
| UNIDADE | C.N.E.S. | DATA:<br>HORA: | CODIGO DO PACIENTE | CARTÃO SUS |
|---------|----------|----------------|--------------------|------------|

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|             |              |       |          |
|-------------|--------------|-------|----------|
| NOME:       | DT. NASCIM.: |       |          |
| ENDEREÇO:   | SEXO:        |       |          |
| BAIRRO:     | IDADE:       |       |          |
| LOCALIDADE: | TEL.:        | CEL.: | RECADOS: |
| FILIAÇÃO:   | DRS:         |       |          |

### INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO REALIZADO

| ANAMNESE-EXAME CLÍNICO-CONDUTA (DESCRIÇÃO SUMÁRIA) |       |       |             |
|--|-------|-------|-------------|
|  | SIM   | NÃO   | ESPECIFICAR |
| 1.É HIPERTENSO (PRESSÃO ALTA)                      | _____ | _____ | _____       |
| 2.É CARDÍACO (PROBLEMA DO CORAÇÃO)                 | _____ | _____ | _____       |
| 3.É DIABÉTICO                                      | _____ | _____ | _____       |
| 4.TEM ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO                  | _____ | _____ | _____       |
| 5.JÁ TOMOU ANESTESIA P/ TRATAMENTO DENTAL          | _____ | _____ | _____       |
| 6.FOI OBSERVADA ALGUMA REAÇÃO                      | _____ | _____ | _____       |
| SOU RESPONSÁVEL PELAS RESPOSTAS ACIMA: _____       |       |       |             |
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL              |       |       |             |

## EXAME CLÍNICO

**DENTIÇÃO PERMANENTE**

**DENTIÇÃO DECÍDUA**

**LEGENDA:** Vermelho - A Realizar      Azul - Realizado      S - Selante      A - Ausente      X - Extração      Rx - Radiografia

Professional:

| DATA | CÓD. PROC. | DESCRIÇÃO PROC./DENTE | QTD | ASS. PROF. | ASS. USUÁRIO   |
|------|------------|-----------------------|-----|------------|----------------|
|      |            |                       |     |            |                |
|      |            |                       |     |            |                |
|      |            |                       |     |            |                |
|      |            |                       |     |            |                |
|      |            |                       |     |            |                |
|      |            |                       |     |            |                |
|      |            |                       |     |            |                |
|      |            |                       |     |            |                |
|      |            |                       |     |            |                |
|      |            |                       |     |            |                |
|      |            |                       |     |            | C.R.O E CÓDIGO |