



PRONTUÁRIO ODONTOLOGIA GRADUAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

DATA / /

Nome:		
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Telefones:		
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil:
RG:	CPF:	Profissão:
Endereço Residencial: _____		
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____		
Endereço Comercial: _____		
Email:		
Indicação:		
Em caso de emergência, avise (indique o nome, grau de parentesco e telefone): _____		

• **Queixa Principal:** _____

HISTÓRIA MÉDICA ATUAL

IDADE :	ESTATURA:	PESO:
Tem boa saúde geral?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Apresentou alguma mudança de saúde nos últimos meses?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Está em tratamento médico?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Data da última consulta médica	____ / ____	
Motivo		
Contato médico		
Medicação		

HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA

- Já passou por alguma cirurgia? ☐ Sim ☐ Não

Mês / Ano	Doença	Cirurgia	Médico

- Ficou internado ou sofreu alguma doença grave nos últimos 5 anos?

☐ Sim ☐ Não _____

SINAIS VITAIS

PULSO		60-90 BMP
PRESSÃO ARTERIAL		80 mmHg/ 120 mmHg
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		15-20 mov/min
TEMPERATURA		36,5 ± 0,2 °C
OBS:		

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Problemas no coração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Sopro no coração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Trombose ou embolia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Dor no peito após esforço físico	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Ataques cardíacos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Suas pernas incham com facilidade	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Válvulas cardíacas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Sente amortecimento nos braços e pernas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Infarto	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Sangra muito quando se corta ou extrai dentes?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
AVC	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Tem varizes?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Prótese cardíaca	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Prolapso de válvula	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Hipotensão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Hipertensão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Cardiopatía reumática	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Tem marca passo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS:					

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Crise convulsiva	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Traumatismo Craniano	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Epilepsia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Tontura	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Enxaqueca	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Dor cabeça	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Desmaios	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Tratamento como terapia ou psicanálise	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Derrame ou AVC	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Tratamento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Mal de Parkinson	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Alguma medicação ação central	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Nevralgia de face	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Estresse	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS:					

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Resfriado ou tosse persistente	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Rinite Alérgica	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Falta de ar frequente	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Sinusite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Tuberculose	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Dificuldade de respirar pelo nariz	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
OBS:					

SISTEMA GASTRO-INTESTINAL

Úlcera Gástrica	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Já vomitou sangue	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Gastrite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Sangramento Intestinal	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Doença no fígado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Diarreia frequente	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Hepatite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
OBS:					

SISTEMA ENDÓCRINO

Diabetes TIPO I TIPO II	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Tireoide	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Alguém Na Família Com Diabetes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Algum Hormônio	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS:					

SISTEMA HEMATOLÓGICO

Anemia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Sangrou excessivamente após extração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sangramento frequente	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Forma manchas arroxeadas nas pernas e braços	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Transfusão de sangue	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Tratamento para o sangue	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Hemofilia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Hemorragias	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

OBS:

SISTEMA URINÁRIO

Rim	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Nefrite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Frequência urinária alterada	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Insuficiência renal	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Infecção urinária	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Dor	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Cálculo renal	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Hemodiálise	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS:					

DISTÚRBIOS DAS ARTICULAÇÕES/OSSOS

Já fraturou algum osso	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Reumatismo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Já sofreu trauma na face	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Febre reumática	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Artrite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Osteoporose	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Artrose	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Problema nas articulações/ossos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS:					

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Doença sexualmente transmissível	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Doenças da infância	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
AIDS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Tuberculose	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sífilis	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Herpes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Hepatite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Alguma outra	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS:					

ALERGIAS

Alimentos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Anestesia geral	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Anestésico local	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Antibióticos, penicilinas, sulfas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

Cosmético	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Esparadrapo ou micropore	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Iodo ou clorexidina	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Soníferos ou sedativos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Outra substância	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
OBS:			

OUTRAS INFORMAÇÕES

Dificuldade de visão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Pratica exercícios físicos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Glaucoma	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Vacinação atualizada	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Infecção	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Faz uso de drogas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Piercing	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Dificuldade de audição	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Fuma	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Radioterapia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Cirrose	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Tatuagem	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Tumores ou cistos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ingere bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS:					

MULHERES

Está grávida?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Usa anticoncepcional?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Amamentando?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS:		

HÁBITOS

Roer unhas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Chupar dedo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Respiração bucal	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Morder objetos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Chimarrão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ranger dentes dia/noite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS:					

ODONTOLÓGICO

Frequência visita o dentista			
Mastiga os alimentos satisfatoriamente?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

Tem dificuldade de engolir alimentos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Há quanto tempo perdeu os dentes? Qual o motivo?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Usa prótese ou dentadura?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Está adaptado ao uso da prótese?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Gengiva costuma sangrar?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Dentes são sensíveis a mudança de temperatura?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Dentes são sensíveis a alimentos doces?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Morde lábios, língua, bochechas com frequência?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Costuma ter aftas?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Mau hálito?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Costuma tomar café ou refrigerante?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Já notou mobilidade nos dentes?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Sente boca ressecada?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
OBS:			

HIGIENE ORAL

Bochecho	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		Palito	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Creme dental	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		Higiene da língua	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Escova dental	MACIA	MÉDIA	DURA	Fio dental	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Frequência						
OBS:						

No melhor do meu conhecimento, todas as respostas são verdadeiras. Em caso de alteração do quadro de saúde, início ou troca de medicamento, informarei ao responsável na próxima visita à clínica.

Curitiba, _____ de _____ de _____

Assinatura

TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

EU _____, abaixo assinado declaro que procurei espontaneamente os serviços prestados pela Clínica Odontológica do Curso de Odontologia da Sociedade Educacional Herrero e que recebi esclarecimentos sobre seu funcionamento. Assim sendo, declaro que estou ciente de que os tratamentos planejados que necessito somente serão realizados com meu consentimento. Declaro que estou ciente de serei atendido por alunos de diferentes Períodos, supervisionados por seus professores, e que para o bom andamento do ensino/aprendizado, se eu faltar às consultas por duas vezes consecutivas, com ou sem justificativa, perderei o direito de continuar o atendimento, permanecendo na dependência de vaga para reiniciá-lo. Do mesmo modo, tenho ciência de que, sendo uma instituição de ensino, atrasos de horários poderão ocorrer, bem como atividades práticas poderão ser suspensas sem aviso prévio e que alguns tratamentos odontológicos que envolverão a participação de terceiros, como protéticos, poderão ter algum custo, o qual será avisado com antecedência. Declaro que tenho ciência da natureza do serviço, estou de pleno acordo que toda documentação gerada durante meu atendimento, (exemplo: radiografias, fotografias, exames laboratoriais, prontuário clínico, atestados, receitas, etc) fique sob a guarda da Sociedade Educacional Herrero, e poderá ser utilizada para fins de ensino e pesquisa, podendo tornar-se públicos, desde que preservadas minha imagem e identidade.

Concordo com os termos acima e comprometo-me em cumpri-los.

Curitiba, ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG: _____ CPF: _____

EXAME EXTRA-ORAL

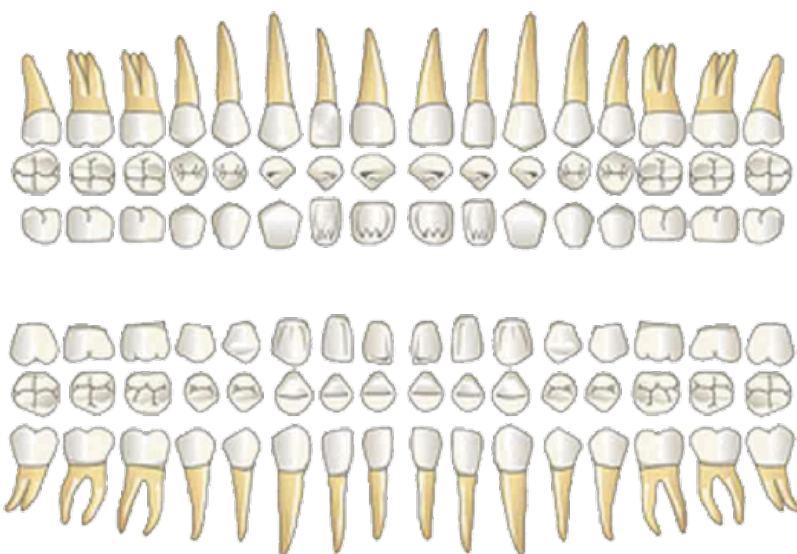
Assimetria facial	
Cadeia ganglionar	
Cicatrizes	
Erupções	
Exoftalmia	
Glândulas Salivares	
Manchas	
Musculatura	
Nódulos	
OBS:	

EXAME ORAL

Lábios	
Bochecha	
Língua	
Base da língua	
Assoalho bucal	
Glândulas Salivares	
Palato duro	
Palato mole	
Nódulos	
Freios e bridas	
Atrição/ abrasão/ erosão	
Diastemas	
Dentes supra numerários	
Dentes retidos	
Fluxo salivar	
Oclusão	
Hipoplasia de esmalte	
Manchas	
Mobilidade dental	
Gengiva	
Indutos	
OBS:	



Odontograma Inicial



Condição Periodontal

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

[illegible]

[illegible]

