

DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE
SEÇÃO DE SAÚDE BUCAL
Anexo 6

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

Data ____/____/____ Município: _____
 Nome: _____ Data de Nasc.: _____ Sexo: _____
 End. Resid.: _____ End. Prof.: _____
 Nome da Escola: _____
 Nome da Mãe ou Responsável: _____

Motivo da Consulta: Encam. Pela Escola/Creche URG T. Inicial Manut.

Inquérito de Saúde

Apresenta algum Problema de Saúde? _____

Está Tomando Algum Medicamento? _____

Apresenta Alergia? _____

quérito Odontológico

Data do Último Tratamento Odontológico ____/____/____ Recebeu Alta

Sim	Não
-----	-----

Dieta

Consumo de açúcar: Frequente _____ Junto às Refeições _____ Raramente _____

Higiene Bucal

Tem Escova _____ Tem Creme Dental _____ Tem Fio Dental _____

Exame dos Tecidos Moles

Bochecha _____ Língua _____ Palato _____ Lábio _____ Assoalho da Boca _____

Exame da Oclusão

Normal _____ Apinhamento _____ Extranumerário _____ Mordida Cruzada _____

Mordida Aberta _____ Anodontia _____ Ectopia _____

ODONTOGRAMA

Data / / /			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
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
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

CPOD - ceo

Total C	Total O	Total E	Total EI	CPO	Total H
Total c	Total o	#####	Total ei	ceo	Total h

Ass. do Paciente ou Responsável

Data _____ / _____ / _____			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
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
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

CPOD - ceo

Total C	Total O	Total E	Total EI	CPO	Total H
Total c	Total o	####	Total ei	ceo	Total h

Sugestão de Preenchimento
caneta Vermelha: necessidades
encontradas
caneta Azul: necessidades
atendidas

Ass. do Paciente ou Responsável

