

# PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

(Identificação do Profissional)

NOME DO PROFISSIONAL

CIRURGIÃO-DENTISTA - CLÍNICO GERAL

CROSP N° \_\_\_\_\_

Endereço completo

## INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Prontuário n° \_\_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_

RG. n°. \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_

CPF n°. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial \_\_\_\_\_

Endereço Profissional \_\_\_\_\_

Indicado por \_\_\_\_\_

Convênio \_\_\_\_\_ N° de Inscrição \_\_\_\_\_

CD. anterior \_\_\_\_\_ Atendido em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO

Nome \_\_\_\_\_

RG. n°. \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ CPF n°. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Cônjuge \_\_\_\_\_

RG. n°. \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ CPF n°. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE

Está tomando algum medicamento? | ☐ Sim | ☐ Não.

Quais? \_\_\_\_\_

Tem algum tipo de alergia? | ☐ Sim | ☐ Não | ☐ Não Sei.

Qual? \_\_\_\_\_

Sua pressão é: | ☐ Normal | ☐ Alta | ☐ Baixa | ☐ Controlada com medicamento

Tem ou teve algum problema de coração?

\_\_\_\_\_

Sente falta de ar com frequência? | ☐ Sim | ☐ Não

Tem diabetes? | ☐ Sim | ☐ Não | ☐ Não Sei

Quando se corta há um sangramento | ☐ Normal | ☐ Excessivo

Sua cicatrização é: | ☐ Normal | ☐ Complicada

Já fez alguma cirurgia? | ☐ Sim | ☐ Não

Gestante? | ☐ Sim | ☐ Não | ☐ Não Sei (Semanas: \_\_\_\_\_)

Problemas de saúde que já teve:

\_\_\_\_\_

**Queixa principal:** \_\_\_\_\_

Já teve alguma reação com anestesia dental? | ☐ Sim | ☐ Não

Qual? \_\_\_\_\_

Quando foi seu último tratamento dentário?

\_\_\_\_\_

Tem sentido alguma dor nos dentes ou na gengiva? | ☐ Sim | ☐ Não

Sua gengiva sangra? | ☐ Sim | ☐ Não | ☐ Durante a higiene | ☐ às Vezes

Tem sentido gosto ruim na boca ou boca seca? | ☐ Sim | ☐ Não

Quantas vezes escova os dentes por dia?

\_\_\_\_\_

Usa fio dental? | ☐ Diariamente | ☐ às vezes

Sente dores ou estalos no maxilar ou no ouvido? | ☐ Sim | ☐ Não

Range os dentes de dia ou de noite? | ☐ Sim | ☐ Não

Já teve alguma ferida ou bolha na face ou nos lábios? | ☐ Sim | ☐ Não

Fuma? | ☐ Sim | ☐ Não Quantidade: \_\_\_\_\_

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

São Paulo, de de 20

**Assinatura do paciente ou responsável**

## EXAME FÍSICO

### Avaliação Física:

Estado Geral: \_\_\_\_\_ Peso Referido \_\_\_\_\_ Kg Altura \_\_\_\_\_

Pulso \_\_\_\_\_ bpm Freq. Cardíaca \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ ( repouso)

### Condições Dentárias

Condições pré- tratamento

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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	
c																
b																
a																

Observações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condições pós-tratamento

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_


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

c															
b															
a															

a: faces restauradas ou exodontias; b: material utilizado ou cárie, c: canais tratados/ radiografias ou outras observações.

Observações\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PLANO DE TRATAMENTO – CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Paciente: \_\_\_\_\_

Cirurgião-Dentista: \_\_\_\_\_

Opção de tratamento: (\_\_\_\_) Opção 1 (\_\_\_\_) Opção 2 (\_\_\_\_) Opção 3

Opção 01: \_\_\_\_\_

Propósitos: \_\_\_\_\_

Riscos: \_\_\_\_\_

Custos: \_\_\_\_\_

Opção 02: \_\_\_\_\_

Propósitos: \_\_\_\_\_

Riscos: \_\_\_\_\_

Custos: \_\_\_\_\_

Opção 03: \_\_\_\_\_

Propósitos: \_\_\_\_\_

Riscos: \_\_\_\_\_

Custos: \_\_\_\_\_

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 – opção \_\_\_\_\_, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional e arcando com os custos estipulados no orçamento apresentado.

Local e data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou seu

Responsável legal

\_\_\_\_\_  
Cirurgião(ã)-Dentista

## FICHA CLÍNICA

[illegible]