

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: _____

Cônjugue _____

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 freqüência? | | 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

Observações _____

Digitized by srujanika@gmail.com

Condições pós-tratamento

Data _____/_____/_____

A 3x15 grid of empty cells. A single vertical black bar is positioned in the center cell of the top row.

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

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

Cirurgião(ã)-Dentista

Responsável legal

FICHA CLÍNICA

<div[](https://img.shields.io/badge/Fonte-CRO-SP-green)