

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA		Nº:	
SAÚDE BUCAL			
CAMPO I - IDENTIFICAÇÃO Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde. Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.			R1 () R2 () R3 ()
Data do atendimento: ____/____/____		Nº Cartão SUS:	
Nome completo:		Risco Social Familiar:	
D.Nasc.: ____/____/____	Idade:	Naturalidade:	
Endereço:			Tel.:
Sexo: Masc. () Fem. ()	Profissão / Ocupação:		
Local trabalho / Estudo:		Horário Trabalho / Estudo:	
Estado Civil:		Grau de instrução:	
Nome do responsável:		Grau de relacionamento:	
CAMPO 2 - ANTECEDENTES PESSOAIS Este campo pode ser preenchido pelo enfermeiro, médico ou CD. Preencher somente se não houver prontuário de saúde da família.			
Histórico de saúde atual e passado:			
Histórico de tratamento médico e internações hospitalares:		Histórico Familiar:	
Uso de medicamento, alergias, hábitos nocivos:			
Detalhamento/ Acompanhamento de condição sistêmica alterada encontrada:			
CAMPO 3 - ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS GERAIS Este campo deve ser preenchido pelo CD.			
Histórico de tratamento odontológico, reação à anestesia local, dificuldade de coagulação/cicatrização ou outras intercorrências:			
Resistência ao tratamento odontológico: () S () N Causa:			
Fez Primeira Consulta Odontológica no último ano no SUS municipal? () S () N () Não sabe			
Queixa odontológica principal:		Última visita ao dentista:	
Histórico da queixa:		() nunca foi () menos de 01 ano () de 01 a 02 anos () há 03 ou mais anos	
Histórico de outros incômodos na boca:			
Impacto na qualidade de vida:			
Alimentação			

bucal:		Frequência: Sangramento: S () N ()		Frequência: Sangramento: S () N ()	
Histórico de traumatismo dentário: () S () N Causa:			Respiração bucal () S () N Bruxismo: () S () N Piercing bucal: () S () N		Xerostomia: () S () N Halitose: () S () N
Inserido em programas coletivos: () S () N Especificar:					
Acesso à água fluoretada: () S () N			Outra utilização de flúor: () Bochecho () Gel () Outros		
Em relação à criança/adolescente	Problema de relacionamento, comportamento ou desenvolvimento:				
	Histórico de aleitamento materno:				
	Hábitos nocivos: Membros da família que têm o mesmo hábito:				
	Rotina familiar:				
Em relação ao adulto / idoso	Uso de prótese removível: () S () N		Última prótese:		
	Rotina de limpeza:				
	Faz auto-exame da boca: () S () N		Usuário acamado: () S () N		
	Usuário dependente: () S () N		Usuário institucionalizado () S () N		
CAMPO 4 - EXEME CLÍNICO / ACHADOS / DIAGNÓSTICO Este campo deve ser preenchido pelo CD.					
Pressão Arterial:			Peso:		
Medidas realizadas por:					
Face, Pescoço, ATM:					
Lábio, Bochechas, Assoalho, Palato, Orofaringe, Língua, Gengiva, Freios:					
Achados em relação à distúrbios de erupção dentária, má oclusão e trauma oclusal:					
Fluorose (Índice de Dean): () Normal () Questionável () Muito leve () Leve () Moderada () Severa					
Atividade de cárie: () S () N () Mancha branca ativa () Lesão cavitada ativa					
Índice Placa Visível (IPV) Inicial:			Índice de Placa Visível (IPV) Final:		
Atividade de doença periodontal: () S () N () Gengivite () Periodontite					
Outros achados:					