

CAMPO 5 - PERIODONTOGRAMA - ACHADOS

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

			55	54	53	52	51
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
			85	84	83	82	81

61	62	63	64	65			
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38
71	72	73	74	75			

Legenda:BA $\leq$ 4 - Bolsa periodontal ativa $\leq$ 4 mmBA $>$ 4 - Bolsa periodontal ativa $>$ 4 mmBI $\leq$ 4 - Bolsa periodontal inativa $\leq$ 4 mmBI $>$ 4 - Bolsa periodontal inativa $>$ 4 mm

C - Cálculo

HG - Hiperplasia Gengival

MOB - Mobilidade Dentária

R - Recessão Gengival

S - Sangramento

ODONTOGRAMA - ACHADOS

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

CPOD:

Ceo:

			55	54	53	52	51
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
			85	84	83	82	81

61	62	63	64	65			
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38
71	72	73	74	75			

Legenda:

* - Mancha Branca Ativa

° - Mancha Branca Inativa

A - Ausente

Ae - Abrasão/Erosão

Am - Amálgama

Ca - Lesão cativada ativa

Ci - Lesão cavitada inativa

E - Extraído

H - Hígido

M - Restauração metálica

PF - Prótese fixa

RE - Restauração estética

SP - Selamento Provisório

T - Traumatismo

X - Extração indicada

AP Orto ()

Prótese removível parcial ()

Prótese Total ()

PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

			55	54	53	52	51
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
			85	84	83	82	81

61	62	63	64	65			
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38
71	72	73	74	75			

Legenda:

Am - Amálgama

COM - Compósito]

CP - Capeamento pulpar direto

CUR - Curetagem subgengival

F - Fotopolimerizável

ION - Escavação e restauração com ionômero

P - Pulpotomia

RAP - Raspagem supra-gengival

RR - Remoção de resto radicular

SL - Selante

SP - Selamento Provisório

X - Exodontia

Aplicação tópica de flúor

Individual ()

Atendimento extra-clínica ()

Controle de placa bacteriana

Individual ()

Prótese removível parcial ()

Prótese Total ()

Visita domiciliar ()

Grupo operativo US ()

Escovação supervisionada ()

Bochecho fluorado ()

Aplicação tópica flúor gel ()

Educação em saúde bucal ()

CAMPO 6 - REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, PARECER MÉDICO, OUTROS

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

DATA	NATUREZA	RESULTADO
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		

Declaro que as informações por mim prestadas são verdadeiras. Estou ciente do planejamento estabelecido, e concordo com a execução do mesmo.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do usuário ou responsável

CAMPO 8 - ACOMPANHAMENTO DE ATIVIDADE DE DOENÇA

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

DATA	OBSERVAÇÕES
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	

CAMPO 9 - TRATAMENTO REALIZADO

Este campo deve ser preenchido pelo CD e THD.

DATA	DENTE(s)	PROCEDIMENTOS REALIZADOS (se possível com códigos SIA / SUS)	ASS. CD / THD
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			
____/____/____			

() Tratamento completado em atenção básica.

Data: ____/____/____

CAMPO 10 - NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA

Este campo deve ser preenchido pelo CD .

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano Cuidado (contra-referência)
		____/____/____	____/____/____	
		____/____/____	____/____/____	
		____/____/____	____/____/____	
		____/____/____	____/____/____	