

## FICHA CLÍNICA

NOME DO PROFISSIONAL CIRURGIÃO-DENTISTA

Nº CRO \_\_\_\_\_.

Endereço completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prontuário nº \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_

RG. nº. \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_

CPF nº. \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Endereço Residencial \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endereço Profissional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicação \_\_\_\_\_.

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

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

### RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO

Nome (Cirurgião-dentista)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

CPF n°. \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Cônjuge \_\_\_\_\_

### FICHA DE ANAMNESE

Queixa Principal e Evolução da Doença Atual

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Questionário de Saúde

Sofre de alguma doença: ( ) Sim ( ) Não - Qual(is) \_\_\_\_\_

Está em tratamento médico atualmente? ( ) Sim ( ) Não. Gravidez: Sim ( ) Não ( )

Está fazendo uso de alguma Medicação? ( ) Sim ( ) Não - Qual(is) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Nome do Médico Responsável/telefone: \_\_\_\_\_

Teve alergia? ( ) Sim ( ) Não -Qual(is) \_\_\_\_\_

---

Já foi operado? ( ) Sim ( ) Não -Qual(is) \_\_\_\_\_

---

Teve problemas com a cicatrização? Sim ( ) Não ( )

Teve problemas com a anestesia? Sim ( ) Não ( )

Teve problemas de Hemorragia? Sim ( ) Não ( )

É fumante ? Sim ( ) Não ( )

Bebe ? Sim ( ) Não ( ) As vezes ( )

**Sofre de alguma das seguintes doenças:**

Febre Reumática: Sim ( ) Não ( );

Problemas Cardíacos: Sim ( ) Não ( );

Problemas Renais: Sim ( ) Não ( );

Problemas Gástricos: Sim ( ) Não ( );

Problemas Respiratórios: Sim ( ) Não ( );

Problemas Alérgicos: Sim ( ) Não ( );

Problemas Articulares ou Reumatismo: Sim ( ) Não ( );

Diabetes: Sim ( ) Não ( );

Hipertensão Arterial: Sim ( ) Não ( );

Hábitos:

---

---

---

Antecedentes Familiares: \_\_\_\_\_

---

---

---

Outras observações importantes: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.

\_\_\_\_\_

Local, Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal

## EXAME FÍSICO

GERAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXTRA-ORAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INTRA-ORAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXAME DENTAL – DESCRIÇÃO DENTE – A - DENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





