

NOME	N°
RESIDÊNCIA	TEL.:
END. COM.	TEL.:
PROFISSÃO	NASC. / / E. CIVIL
INDICADO POR	

**DADOS DE SAÚDE GERAL**

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| AFTAS                             | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| ALTERAÇÃO HORMONAL                | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| ALTERAÇÃO NA COAGULAÇÃO SANGUÍNEA | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| ANEMIA                            | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| ASMA                              | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| CIRURGIA                          | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| DESMAIOS                          | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| DIABETES                          | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| DISTÚRBIOS PSICO.                 | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| ENDOCARDITE BACT.                 | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| EPILEPSIA                         | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| FEBRE REUMÁTICA                   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| FUMANTE                           | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                  |
| GESTANTE                          | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| HEPATITE                          | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| HERPES                            | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| HIPERTENSÃO                       | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| PORTADOR DO VÍRUS HIV             | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| PROBLEMA HEPÁTICO                 | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| PROBLEMA RENAL                    | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| PROBLEMAS CARDÍACOS               | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| REAÇÕES ALÉRGICAS                 | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |
| TUMOR                             | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI |

OBSERVAÇÕES:

**TRATAMENTOS MÉDICOS ANTERIORES E ATUAIS (ANOTE DATA E TIPO DE TRATAMENTO)**

- INTERNAÇÃO RECENTE (ÚLTIMOS 2 ANOS)  SIM  NÃO ( \_\_\_\_\_ )
- ESTÁ UTILIZANDO ALGUMA MEDICAÇÃO  SIM  NÃO ( \_\_\_\_\_ )

**INQUÉRITO ODONTOLÓGICO**

- DATA DO ÚLTIMO ATENDIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- COMPLETO  SIM  NÃO
- INCOMPLETO  SIM  NÃO
- EXPERIÊNCIA NEGATIVA NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO?  SIM  NÃO QUAL: ( \_\_\_\_\_ )

**HÁBITOS**

- ROER UNHAS  SIM  NÃO
- RESPIRAR PELA BOCA  SIM  NÃO
- TOMAR CHIMARRÃO  SIM  NÃO
- CHUPAR BICO/DEDO  SIM  NÃO
- MORDER CANETA/LÁPIS  SIM  NÃO
- RANGER OS DENTES DIA/NOITE  SIM  NÃO
- OUTROS  SIM  NÃO
- QUAIS? ( \_\_\_\_\_ )

**HIGIENE BUCAL (UTILIZA)**

- FIO/FITA DENTAL  SIM  NÃO
- INTERDENTAL  SIM  NÃO
- ESCOVA MACIA/MÉDIA/DURA  SIM  NÃO
- UNITUFO/BITUFO  SIM  NÃO
- PALITO  SIM  NÃO
- CREME DENTAL  SIM  NÃO
- QUAL? ( \_\_\_\_\_ )
- BOCHECHO  SIM  NÃO

