

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 SANGÜÍNEA | <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

