PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

FICHA CLÍNICA - SAÚDE BUCAL
PROGRAMA PAIDÉIA SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIDADE DE SAÚDE: | EQUIPE DE REFERÊNCIA: | Nº CARTÃO SUS:

NOME:

FF.:

DATA DE NASCIMENTO: | SEXO: | FEMININO | MASCULINO | ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

BAIRRO: | CIDADE: | FONE:

ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO?	SIM	NÃO	PROBLEMAS DIGESTIVOS?	SIM	NÃO	PROBLEMAS NEUROLÓGICOS?	SIM	NÃO
PROBLEMAS RENAIS?	SIM	NÃO	FUMA?	SIM	NÃO	PROBLEMAS CARDÍACOS?	SIM	NÃO
PROBLEMAS COM HEMORRAGIA?	SIM	NÃO	É HIPERTENSO?	SIM	NÃO	É DIABÉTICO?	SIM	NÃO
FAZ USO DO ÁLCOOL?	SIM	NÃO						

APRESENTA DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA?	SIM	NÃO	QUAL?
ESTÁ TOMANDO ALGUM MEDICAMENTO?	SIM	NÃO	QUAL?
TEM PROBLEMAS COM ALERGIA?	SIM	NÃO	A QUE?

RISCO DE CÁRIE | ALTO | MÉDIO | BAIXO | RISCO PERIODONTAL? | ALTO | MÉDIO | BAIXO

ALTERAÇÕES EM TECIDOS MOLES | SIM | NÃO | NECESSIDADE DE PRÓTESE | SIM | NÃO | QUAL?

RISCOS SOCIAL / FAMILIAR E OUTRAS INFORMAÇÕES:

CIRURGIÃO DENTISTA - C R O

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

DATA	DENTES	PROCEDIMENTOS	C D