



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO
AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE DST/AIDS - AMDA



NOME:

Nº:

ANAMNESE GERAL E ODONTOLÓGICA

1 - QUEIXA PRINCIPAL:

2 - QUANDO FOI SEU ÚLTIMO TRATAMENTO DENTÁRIO?

3 - TENDO SENTIDO ALGUMA DOR NOS DENTES OU NA GENGIVA? | SIM | NÃO

4 - SUA GENGIVA SANGRA? | SIM | NÃO | DURANTE A HIGIENE | ÀS VEZES

5 - TEM SENTIDO GOSTO RUIM NA BOCA OU A BOCA SECA? | SIM | NÃO

6 - JÁ TEVE ALGUMA REAÇÃO COM ANESTESIA DENTAL? | SIM | NÃO

7 - QUANTAS VEZES ESCOVA OS DENTES POR DIA? | APÓS AS REFEIÇÕES

8 - TIPO DE ESCOVA:

9 - USA FIO DENTAL? | DIARIAMENTE | ÀS VEZES

10 - USA ALGUM BOCHECHO: | NÃO | ÀS VEZES | REGULARMENTE

11 - SENTE DORES OU ESTALOS NO MAXILAR OU NO OUVIDO? | SIM | NÃO

12 - RANGE OS DENTES DE DIA OU DE NOITE? | SIM | NÃO

13 - JÁ TEVE ALGUMA FERIDA OU BOLHA, FACE OU LÁBIO? | SIM | NÃO

14 - FUMA? | SIM | NÃO | QUANTIDADE/DIA | HÁ QUANTOS ANOS?

15 - FAZ O ACOMPANHAMENTO MÉDICO EM QUE SERVIÇO?

16 - MÉDICO (A):

17 - ESTÁ TOMANDO ALGUM MEDICAMENTO? | SIM | NÃO | QUAIS?

18 - TEM ALGUM TIPO DE ALERGIA? | SIM | NÃO

19 - SUA PRESSÃO É | NORMAL | ALTA | BAIXA | CONTROLADA C/ MEDICAMENTO

20 - TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA DE CORAÇÃO?

21 - TEM DIABETES? | SIM | NÃO

22 - QUANDO SE CORTA HÁ UM SANGRAMENTO | NORMAL | EXCESSIVO

23 - SUA CICATRIZAÇÃO É | NORMAL | COMPLICADA

24 - JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? | SIM | NÃO

25 - PROBLEMAS DE SAÚDE QUE JÁ TEVE:

26 - CD4: (____ / ____) | CV (____ / ____)

DATA/ ASSINATURA DO PACIENTE