**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Momento: Início de Atendimento Clínico

Paciente (Nome Completo):

Prontuário:

Docente Responsável:

Por este instrumento de autorização por mim assinado, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doravante denominado simplesmente PACIENTE ou RESPONSÁVEL PELO PACIENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro-me suficientemente esclarecido(a) sobre as seguintes informações:

1. O diagnóstico, planejamento de tratamento e acompanhamento realizados em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos no campo da Odontologia, poderão ser realizados por professores, assistentes e alunos autorizados, com o objetivo de ensinar e demonstrar os procedimentos para estudantes e profissionais de odontologia;
2. Fui informado(a) que a realização do diagnóstico é necessária para a elaboração do plano de tratamento. Entretanto, estou ciente que receberei o tratamento que compreende procedimentos possíveis de serem realizados por alunos de graduação. Sei também que os procedimentos de maior complexidade poderão ser realizados por profissionais (já formados) e que poderei ser encaminhado(a) e atendido(a) em um curso de extensão, especialização ou pós-graduação, se meu caso clínico estiver dentro do perfil do referido curso e quando houver vaga;
3. Uma vez estabelecidas as condições de tratamento, esse somente será realizado depois que eu receber todas as informações necessárias sobre os procedimentos;
4. Os custos com despesas de transporte e alimentação, quando necessários, serão de minha responsabilidade;
5. Os exames necessários serão realizados após a explicação dos objetivos, benefícios e riscos que esses exames podem causar e, uma vez entendidas as explicações, eu deverei seguir as orientações dadas pelos profissionais que irão me atender;
6. As radiografias, fotografias, modelos, desenhos e informações relacionadas ao meu tratamento odontológico (ex: questionamentos feitos pelo profissional, resultados de exames), e quaisquer outras informações do planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, poderão ser usadas para fins de ensino (aulas e palestras para alunos e profissionais) e divulgação científica (publicação em revistas científicas para melhor conhecimento do tema), desde que preservado o meu direito de não identificação.
7. Existe a possibilidade de eu faltar em duas consultas ao longo do período necessário para o diagnóstico e/ou tratamento, desde que essas faltas sejam justificadas. Duas faltas consecutivas causarão a perda do direito de tratamento. Casos excepcionais serão encaminhados para a Assistência Social da FORP;
8. O cancelamento de consultas por parte FORP-USP será realizado com antecedência, sempre que possível.

Depois de recebidas essas informações, declaro que concordo de livre e espontânea vontade, em dar meu consentimento à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, situada à Avenida do Café, s/n.º, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto/SP para a realização do diagnóstico, planejamento de tratamento e acompanhamento de meu caso clínico.

Por ser verdade, firmo o presente.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO – HISTÓRICO DE SAÚDE**

Momento: Anamnese – Histórico de Saúde

Paciente (Nome Completo):

Prontuário:

Docente Responsável:

Por este instrumento de autorização por mim assinado, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doravante denominado simplesmente PACIENTE ou RESPONSÁVEL PELO PACIENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que:

1. Fui informado da necessidade de responder, falando a verdade, às perguntas sobre a minha saúde e dados pessoais (Anamnese) porque essas informações são muito importantes para a minha saúde e minha segurança durante o tratamento odontológico e declaro que respondi o que me foi perguntado de livre e espontânea vontade;
2. Declaro que as informações são verdadeiras e que respondi tudo que é de meu conhecimento, inclusive o que não foi perguntado diretamente;
3. Declaro, também, que entendi todas as perguntas que me foram feitas, permitindo-me respondê-las com sinceridade após ter recebido todas as explicações necessárias do profissional;
4. Tenho consciência de que a não informação de algum dado específico de saúde poderá trazer dificuldades durante o tratamento odontológico, bem como colocar em risco a minha saúde e a de toda a equipe envolvida;
5. **Comprometo-me a informar qualquer novo dado com relação à minha saúde, bem como qualquer alteração nos dados fornecidos na Anamnese (Anexo “nº”) realizada neste dia, ou quando da ocorrência de novos fatos em minha saúde (ex: novos medicamentos, novos tratamentos, alguma doença, etc.).**

Por ser verdade, firmo o presente.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Momento: Apresentação e aceite do plano de tratamento

Paciente (Nome Completo):

Prontuário:

Docente Responsável:

Por este instrumento de autorização por mim assinado, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_doravante denominado simplesmente PACIENTE ou RESPONSÁVEL PELO PACIENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que:

1. Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre todas as possibilidades de tratamento e sobre os objetivos e riscos que cada um deles apresenta;
2. Fui esclarecido(a) sobre todas as etapas que envolvem a realização e finalização do tratamento;
3. Aceito e autorizo a realização do tratamento descrito e comprometo-me a cumprir as orientações da equipe odontológica;
4. Fui informado(a) e esclarecido(a) quanto ao tempo necessário para desenvolvimento e finalização do tratamento, podendo esse ter alguns atrasos em função da inexperiência dos alunos e acúmulos de trabalhos laboratoriais ou de problemas técnicos.
5. Entendi todas as informações que me foram dadas e tive minhas dúvidas esclarecidas.

Por ser verdade, firmo o presente.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Prontuário NO:** |  |
| **Data:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apelido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sexo | | | | ( ) | | | | | | | | Masculino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Feminino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de nascimento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Idade atual | | | | | anos | | |  | | | | | | | meses | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Naturalidade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nacionalidade: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Período melhor para consulta | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Manhã | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Tarde | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escola | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Série | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bairro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cidade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CEP | | | | | | | | | | | | | | | | Estado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cod. Município | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone fixo ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Celular ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filiação | | | Pai | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Profissão | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mãe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Profissão | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço de trabalho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Pediatra | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Telefone ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANAMNESE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **HISTÓRIA FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado civil dos pais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável legal pela criança | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quem cuida da criança (cuidador) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de irmãos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ordem de nascimento da criança | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **HISTÓRIA MÉDICA PRÉ E TRANS NATAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teve alguma enfermidade durante a gestação? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | Não Sabe | | | | | | | | | | |
| Usou algum medicamento nesse período? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | Não Sabe | | | | | | | | | | |
| Enfermidade/medicamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prematuro? | | | | ( ) | | Nega | | | | | | | ( ) | | | | Afirma | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Não Sabe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Duração da gestação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de parto | | | | ( ) | | Normal | | | | | | | ( ) | | | | Cesária | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Fórceps | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Acidentes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aleitamento | | | | ( ) | | Seio -Tempo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Mamadeira -Tempo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Misto - Tempo | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. HISTÓRIA MÉDICA PÓS NATAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Está sob tratamento médico atualmente? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma - Motivo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Está tomando algum medicamento? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma - Qual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Algum medicamento já lhe causou problemas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Não Sabe | | | | | | | | | | | | | |
| Qual medicamento? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Qual problema? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tem problemas alérgicos? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma- A que? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Já tomou penicilina (Benzetacil, Amoxil...)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Não Sabe | | | | | | | | | |
| Já esteve hospitalizado? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Não Sabe - Motivo | | | | | | | | | |
| Já tomou anestesia geral? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Não Sabe – Motivo | | | | | | | | | |
| Já foi submetido à transfusão de sangue? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Não Sabe - Motivo | | | | | | | | | |
| Sangra excessivamente quando se machuca? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Não Sabe | | | | | | | | | |
| Os machucados demoram muito para sarar? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Não Sabe | | | | | | | | | |
| **Doenças** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Cardíaca | | | | | | ( ) | | | | Renal | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Sanguínea | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Hepatite | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Pulmonar | | | | | | ( ) | | | | Hepática | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Febre reumática | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Sífilis | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Gástrica | | | | | | ( ) | | | | Neurológica | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Diabetes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | HIV positivo | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Celíaca | | | | | | ( ) | | | | Outras | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Doenças da infância** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Catapora | | | | | | ( ) | | | Caxumba | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Rubéola | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Poliomielite | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Difteria | | | | | | ( ) | | | Coqueluxe | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Desidratação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Sarampo | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Outras | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Solicitação de Avaliação Médica ou Realização de Exames Complementares** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Sim | | | | | | | | | | | ( ) | | Não | |
| Data \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Médico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para avaliação de | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resposta médica/Resultado de exame | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cuidados especiais a serem tomados durante o tratamento?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Sim | | | | | | | | | ( ) | | | | | Não |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.HISTÓRIA DENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo da consulta atual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Já foi ao dentista? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Não sabe | | | | | | | |
| Já tomou anestesia local para tratamento dental? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Não sabe | | | | | | | |
| Foi observada alguma reação com a anestesia? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Não sabe | | | | | | | |
| Qual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Já fez extração dental? | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Não sabe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sangrou excessivamente? | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Não sabe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Já traumatizou algum dente? | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Não sabe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Afirma\* solicitar ficha de avaliação específica para traumatismos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Hábitos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Sucção digital | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Sucção de chupetas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Postura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Apertamento dental | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Interposição de língua | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Mordedura de objetos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Interposição de lábios | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Respiração bucal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Onicofagia (roer unhas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Outros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Prontuário NO:** |  | | **Data:** |  |   **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Criança** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Como a criança se comporta na escola, em casa e com outras crianças? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quais suas preferências? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quais seus temores? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Existem problemas de aprendizagem ou comunicação? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Não sabe | | | | |
| Quais? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A criança faz ou já fez terapia psicológica? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Não sabe | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Profissional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Telefone | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se já recebeu tratamento dentário, como foi o seu comportamento? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Colaborador ( ) Não colaborador ( ) Variável | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Em quais situações a criança não colaborou? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O que foi feito para que ela colaborasse? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Acompanhante** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Você gosta de tratar de seus dentes? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Não sabe | | |
| Tem medo de ir ao dentista? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Não sabe | | |
| Tem algum medo relacionado ao tratamento da criança? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Nega | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | Afirma | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Não sabe | | |
| Qual? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quer nos contar alguma coisa com relação à família? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | Sim – O quê? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Resultado da análise do Perfil Psicológico da Criança e da Família** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Solicitação de Avaliação por Psicólogo ou Assistente Social** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | | | Não | | | | | | | | | | | | |
| Data \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | Psicólogo/Assistente Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para avaliação de | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resposta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Outras observações** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prontuário NO:** |  |
| **Data:** |  |

## 2- EXAME CLÍNICO

##### EXAME FACIAL

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Simetria Facial:** | Simétrica | ( ) | Assimétrica | ( ) | | |
| **Pefil facial:** | Reto | ( ) | Convexo | ( ) | Côncavo | ( ) |
| **Tipo morfológico:** | mesofacial | ( ) | braquifacial | ( ) | dolicofacial | ( ) |

##### EXAME BUCAL E FUNCIONAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Saúde bucal:** | | boa | | ( ) | | | regular | | | ( ) | | ruim | | | | | ( ) | | | | |
| **Higiene bucal:** | | boa | | ( ) | | | regular | | | ( ) | | ruim | | | | | ( ) | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Hábitos bucais:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Deglutição:** | normal | | | | ( ) | | | | alterada | | | | | ( ) | | | | | disfunção | | | | | ( ) | |
| **Fala:** | normal | | | | ( ) | | | | alterada | | | | | ( ) | | | | |
| **Fonação:** | normal | | | | ( ) | | | | alterada | | | | | ( ) | | | | |
| **Respiração:** | nasal | | | | ( ) | | | | bucal | | | | | ( ) | | | | | mista | | | | ( ) | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | |
| **Amígdalas:** | normais | | | | ( ) | | | | hipertrofiadas | | | | | ( ) | | | | | operadas | | | | ( ) | |
| **Adenóides:** | normais | | | | ( ) | | | | hipertrofiadas | | | | | ( ) | | | | | operadas | | | | ( ) | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | |
| **Freio labial superior:** | | | | inserção normal | | | | | | | ( ) | | | baixa | | | | ( ) | | alta | | | ( ) | | | |
| **Freio labial inferior:** | | | | inserção normal | | | | | | | ( ) | | | baixa | | | | ( ) | | alta | | | ( ) | | | |
| **Freio lingual:** | | | | inserção normal | | | | | | | ( ) | | | Inserção anormal | | | | | | | ( ) | | | |
| **Lábio superior:** | | | normal | | | ( ) | | hipotônico | | | | | ( ) | | hipertônico | | | | | | ( ) | | | |
| **Lábio inferior:** | | | normal | | | ( ) | | hipotônico | | | | | ( ) | | hipertônico | | | | | | ( ) | | | |
| **Padrão de fechamento de mandíbula:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prontuário NO:** | | | | | |  | | | | | | |
| **Data:** | | | | | |  | | | | | | |

##### EXAME DENTAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dentes presentes** |  | |  |
| Arco Superior | |  |  |
| Arco Inferior | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de arco dental decíduo** | Tipo I: | superior | ( ) | inferior | ( ) |
|  | Tipo II: | superior | ( ) | inferior | ( ) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Espaços primatas:** | ausentes | ( ) |  | presentes | ( ) |  |
|  | superior | D ( ) | E ( ) | inferior | D ( ) | E ( ) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dentes presentes** |  | |  |
| Arco Superior | |  |  |
| Arco Inferior | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diastemas presentes** |  |  |
| Arco Superior |  |  |
| Arco Inferior |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dentes perdidos prematuramente** | |  |  |
| Arco Superior |  | |  |
| Arco Inferior |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anomalias dentais** | Número | ( ) | Forma | ( ) | Tamanho | ( ) | Estrutura | ( ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prontuário NO:** |  |
| **Data:** |  |

##### 3- ANÁLISE DOS MODELOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma dos arcos dentais:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Superior: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inferior: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Classificação de Angle:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observação: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | |
| **Mordida Aberta:** | | | | | |  | | | | mm | | |
| **Sobremordida:** | | | | | | normal | | | | | ( ) | | | | moderada | | | | ( ) | | profunda | | | | | ( ) | |  | | mm | |
| ***Overjet*:** | | | normal | | | | | ( ) | | | aumentado | | | | | | ( ) | | Diminuído | | | | | | | ( ) | |  | | mm | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |
| **Linha mediana:** | | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |
| **Superior:** | | | | | | | Coincidente | | | | | | | | ( ) | | Desviada | | | | ( ) | | |  | | | | mm | | | |
| **Inferior:** | | | | | | | Coincidente | | | | | | | | ( ) | | Desviada | | | | ( ) | | |  | | | | mm | | | |
| **Anormalidades na posição individual dos dentes:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **7** | **6** | **V** | | **IV** | | | | | **III** | | | **2** | | | | **1** | | **1** | | **2** | | **III** | | | **IV** | | **V** | | **6** | | **7** |
|  |  |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
| **7** | **6** | **V** | | **IV** | | | | | **III** | | | **2** | | | | **1** | | **1** | | **2** | | **III** | | | **IV** | | **V** | | **6** | | **7** |
|  |  |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |

**\***Legenda:

M- mesio-versão; D- disto-versão; L- lábio-versão; V- vestíbulo-versão; P- palato-versão; G- giro-versão; I- infra-oclusão; S- supra-versão; A- axi-versão; E- exodontia

# 

|  |  |
| --- | --- |
| **Prontuário NO:** |  |
| **Data:** |  |

**4- ANÁLISE DA DENTIÇÃO MISTA**

**I) Método de MOYERS**

**Tamanho dos dentes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **D** |  | Sup. |  | **E** |
|  |  | Inf. |  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Soma dos diâmetros m-d dos incisivos inferiores | Soma dos diâmetros M-D dos 345 **Inferiores** | | | | Soma dos diâmetros M-D dos 345 **Superiores** | | | |
| 50% | 65% | | 75% | 50% | 65% | | 75% |
| 19,5 | 19,4 | 19,8 | | 20,1 | 20,0 | 20,4 | | 20,6 |
| 20,0 | 19,7 | 20,1 | | 20,4 | 20,3 | 20,6 | | 20,9 |
| 20,5 | 20,0 | 20,4 | | 20,7 | 20,6 | 20,9 | | 21,2 |
| 21,0 | 20,3 | 20,7 | | 21,0 | 20,8 | 21,2 | | 21,5 |
| 21,5 | 20,6 | 21,0 | | 21,3 | 21,1 | 21,5 | | 21,8 |
| 22,0 | 20,9 | 21,3 | | 21,6 | 21,4 | 21,8 | | 22,0 |
| 22,5 | 21,2 | 21,6 | | 21,9 | 21,7 | 22,0 | | 22,3 |
| 23,0 | 21,5 | 21,9 | | 22,2 | 21,9 | 22,3 | | 22,6 |
| 23,5 | 21,8 | 22,2 | | 22,5 | 22,2 | 22,6 | | 22,9 |
| 24,0 | 22,1 | 22,5 | | 22,8 | 22,5 | 22,8 | | 23,1 |
| 24,5 | 22,4 | 22,8 | | 23,1 | 22,8 | 23,1 | | 23,4 |
| 25,0 | 22,7 | 23,1 | | 23,4 | 23,0 | 23,4 | | 23,7 |
| 25,5 | 23,0 | 23,4 | | 23,7 | 23,3 | 23,7 | | 24,0 |
| 26,0 | 23,3 | 23,7 | | 24,0 | 23,6 | 24,0 | | 24,2 |
| 26,5 | 23,6 | 24,0 | | 24,3 | 23,9 | 24,2 | | 24,5 |
| 27,0 | 23,9 | 24,3 | | 24,6 | 24,1 | 24,5 | | 24,8 |
| 27,5 | 24,2 | 24,6 | | 24,8 | 24,4 | 24,8 | | 25,0 |
| 28,0 | 24,5 | 24,8 | | 25,1 | 24,7 | 25,1 | | 25,3 |
| 28,5 | 24,7 | 25,1 | | 25,4 | 25,0 | 25,3 | | 25,6 |
| 29,0 | 25,0 | 25,4 | | 25,7 | 25,3 | 25,6 | | 26,0 |
|  | Inferior | | | | Superior | | | |
|  | Direito | | Esquerdo | | Direito | | Esquerdo | |
| Espaço deixado após alinhamento de 2 e 1 (EP) |  | |  | |  | |  | |
| Tamanho previsto para 3 + 4 + 5 (ER) |  | |  | |  | |  | |
| Discrepância de Modelos |  | |  | |  | |  | |

**II) Método de TANAKA & JOHNSTON**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arcos** | **∑ diâmetro MD de incisivos inferiores** | **Metade do diâmetro MD de incisivos inferiores** | **Acréscimo** | | **Predição do diâmetro MD de caninos e pré-molares (hemiarco)** | | |
| Superior |  |  | 11,0 mm | |  | | |
| Inferior |  |  | 10,5 mm | |  | | |
| **Prontuário NO:** | |  |
| **Data:** | |  |

##### 5- EXAME RADIOGRÁFICO

**Radiografias Datas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ( ) Periapicais |  |  |  |  |
| ( ) Bite-wing |  |  |  |  |
| ( ) Panorâmica |  |  |  |  |
| ( ) Oclusal |  |  |  |  |
| ( ) Cefalométrica |  |  |  |  |
| ( ) Mão e punho |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sequência de erupção | |  | Dentes com rizólise anormal | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dentes supranumerários | |  | Dentes decíduos com retenção prolongada | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dentes ausentes (ausência congênita) | |  | Dentes anquilosados | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dentes com erupção ectópica | |  | Dentes a serem tratados | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dentes inclusos | |  | Dentes a serem extraídos | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informações adicionais:** | |  | | | |
| **Prontuário NO:** |  |
| **Data:** |  |
|  |  | | | | |

# 

##### 6- CEFALOMETRIA

**I) Medidas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SNA (82º) |  | SNGoGn (32º) |  | 1.NA (22º) |  |
| SNB (80º) |  | NSGn (67º) |  | 1-NA (4mm) |  |
| ANB (2º) |  | Eixo facial (90º) |  | 1.NB (25º) |  |
| NAPg (0º) |  | Ls=0 / Li=0 |  | 1-NB (4mm) |  |

**II) Análise**

**Padrão Esquelético**

**No plano horizontal:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**No plano vertical:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Padrão Dentário**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Perfil Ósseo e Tegumentar**

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prontuário NO:** |  |
| **Data:** |  |

**7- DIAGNÓSTICO**

|  |
| --- |
|  |

**8- PROGNÓSTICO**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prontuário NO:** |  |
| **Data:** |  |

**9- OBJETIVOS DO TRATAMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Problemas** | **Soluções** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prontuário NO:** |  |
| **Data:** |  |

**10- PLANO DE TRATAMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Maxila** | **Mandíbula** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prontuário NO:** |  |
| **Data:** |  |

**11- DESENHO(S) OU FOTO(S) DO(S) APARELHO(S)**

**12- INSTRUÇÕES AO PACIENTE**

Aprovado pelo Professor: Data:

|  |  |
| --- | --- |
| **Prontuário NO:** |  |
| **Data:** |  |

**E N C A M I N H A M E N T O**

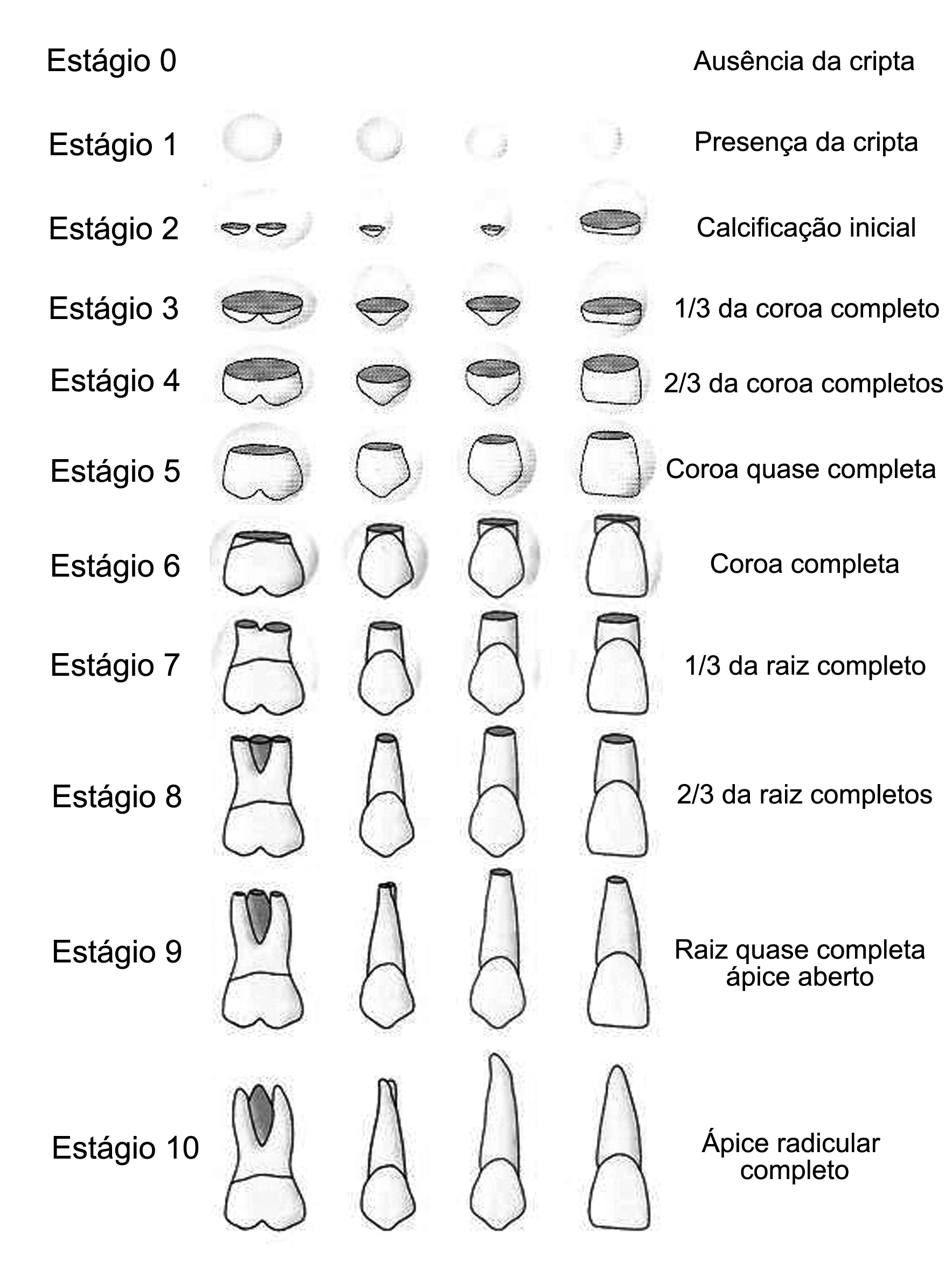
# Recebi nesta data informações do diagnóstico e orientações para solicitar o tratamento adequado em outra Instituição, uma vez que a minha condição clínica não se enquadra dentro do perfil institucional, ou porque, no presente momento, não existe disponibilidade para tratamento na Instituição.

# 

# Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Paciente ou Responsável |

**ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO DA DENTIÇÃO PERMANENTE (NOLLA, 1960)**



***Fonte: Ortodontia-Diagnostico e Planejamento -Flavio Vellini Ferreira -5ªEdição***

**MÉDIAS DOS DIÂMETROS MÉSIO-DISTAIS DAS COROAS DOS DENTES PERMANENTES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DENTES** | **SUPERIORES** | | **DENTES** | **INFERIORES** | |
| **SEXO** | | **SEXO** | |
| **M** | **F** | **M** | **F** |
| IC | 8,78 | 8,40 | IC | 5,42 | 5,25 |
| IL | 6,64 | 6,47 | IL | 5,95 | 5,78 |
| C | 7,95 | 7,53 | C | 6,96 | 6,47 |
| 1ºPM | 7,01 | 6,85 | 1ºPM | 7,07 | 6,87 |
| 2ºPM | 6,82 | 6,62 | 2ºPM | 7,29 | 7,02 |
| 1ºM | 10,81 | 10,52 | 1ºM | 11,80 | 10,74 |
| 1ºM | 10,35 | 9,81 | 1ºM | 10,76 | 10,34 |