

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JERÔNIMO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE BUCAL-PAISB**  
**SETOR DE ODONTOLOGIA**  
**PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

NOME DA ESCOLA: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ Nº PRONT. \_\_\_\_\_

**MOTIVO DA CONSULTA**

ENCAMINHADO PELA ESCOLA     URG.     T. INIC.     MANUT

**ANAMNESE:**

Apresenta algum problema da saúde geral \_\_\_\_\_

Toma alguma medicação: \_\_\_\_\_

Apresenta Alergia: \_\_\_\_\_

**DADOS DE SAÚDE BUCAL:**

Data do último tratamento odontológico \_\_\_\_\_ Recebeu alta?    Sim  Não

**DIETA**

Consumo de açúcar:     Freqüente     Junto às refeições     Raramente

**HIGIENE BUCAL**

Tem escova dental     Tem pasta de dente     Tem fio dental     Usa algum fluoreto

**EXAME DE TECIDOS MOLES**

Bochecha: \_\_\_\_\_ Língua: \_\_\_\_\_ Palato: \_\_\_\_\_ Lábio: \_\_\_\_\_ Assoalho da Boca \_\_\_\_\_

**DOENÇAS PERIODONTAL**

SIM     NÃO

**EXAME DA OCLUSÃO**

Normal     Apinhamento     Extranumerário     Mordida cruzada     Mordida aberta     Anodontia     Ectopia

**ODONTOGRAMA**

<i>Exame inicial</i>											
<i>Data</i> ____/____/____											

**CPOD-ceo**

TOTAL C	TOTAL O	TOTAL E	TOTAL EI	CPO	TOTAL H	H - HÍGIDO C - CARIADOS EI - EXODONTIA INDICADA E - EXTRAÍDO R - RESTAURADO
Total c	Total o		Total ei	Ceo	Total H	

*Ass. do Responsável*

**ODONTOGRAMA**

<i>Exame inicial</i>											
<i>Data</i> ____/____/____											

**CPOD-ceo**

TOTAL C	TOTAL O	TOTAL E	TOTAL EI	CPO	TOTAL H	H - HÍGIDO C - CARIADOS EI - EXODONTIA INDICADA E - EXTRAÍDO R - RESTAURADO
Total c	Total o		Total ei	Ceo	Total H	

*Ass. do Responsável*

