

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nº:

SAÚDE BUCAL

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

R1 ()
R2 ()
R3 ()

Data do atendimento: ____/____/____		Nº Cartão SUS:	
Nome completo:		Risco Social Familiar:	
D Nasc: ____/____/____	Idade:	Naturalidade:	
Endereço:		Tel.:	
Sexo: Masc. () Fem. ()	Profissão / Ocupação:		
Local trabalho / Estudo:		Horário Trabalho / Estudo:	
Estado Civil:		Grau de instrução:	
Nome do responsável:		Grau de relacionamento:	

CAMPO 2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

Este campo pode ser preenchido pelo enfermeiro, médico ou CD. Preencher somente se não houver prontuário de saúde da família.

Histórico de saúde atual e passado:

Histórico de tratamento médico e internações hospitalares:	Histórico Familiar:
--	---------------------

Uso de medicamento, alergias, hábitos nocivos:

Detalhamento / Acompanhamento de condição sistêmica alterada encontrada:

CAMPO 3 - ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS GERAIS

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

Histórico de tratamento odontológico, reação à anestésico local, dificuldade de coagulação/cicatrização ou outras intercorrências:

Resistência ao tratamento odontológico: () S () N Causa:

Fez Primeira Consulta Odontológica no último ano no SUS municipal? () S () N () Não sabe

Queixa odontológica principal:	Última visita ao dentista: () nunca foi () menos de 1 ano () de 1 a 2 anos () há 3 ou mais anos
Histórico da queixa:	

Histórico de outros incômodos na boca:

Impacto na qualidade de vida:

Alimentação: