



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAGUARIÚNA**  
**ODONTOLOGIA**

<b>NOME:</b> _____	<b>N.º</b> _____	<b>C.C.:</b> _____
<b>ENDEREÇO:</b> _____	<b>N.º</b> _____	<b>CIDADE:</b> _____
<b>BAIRRO:</b> _____		<b>CEP:</b> _____
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> ____ / ____ / ____	<b>TEL:</b> _____	

Moradia: ( ) menos de 1 ano    ( ) 1 a 3 anos    ( ) 3 a 9 anos    ( ) mais de 10 anos

Orientação sobre horário de atendimento    ( ) sim    \_\_\_\_\_

Orientação sobre faltas no tratamento    ( ) sim    \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>1. Já tomou anestesia para tratamento odontológico?</b>		
<b>2. Observou ou teve alguma reação?</b>		
<b>3. Sangra muito quando se machuca ou extrai dentes? (Hemorragia)</b>		
<b>4. Já teve algum tipo de problema com tratamentos dentários anteriores?</b>		
<b>5. Foi submetido a cirurgia?</b>		
<b>6. Qual?</b>		

**1. Já tomou anestesia para tratamento odontológico?**

**2. Observou ou teve alguma reação?**

**3. Sangra muito quando se machuca ou extrai dentes? (Hemorragia)**

**4. Já teve algum tipo de problema com tratamentos dentários anteriores?**

**5. Foi submetido a cirurgia?**

**6. Qual?**

**7. Assinale o que tem ou teve:**

( ) Falta de Ar	( ) Disfunção na Tireoide	( ) Reumatismo	( ) Asma
( ) DTM	( ) Tuberculose	( ) Convulsões	( ) Rinite
( ) Anemia	( ) Diabetes	( ) Hepatite	( ) Sinusite
( ) Pressão Alta	( ) Fumante	( ) D.S.T	( ) Problemas Cardíacos
( ) Colesterol	( ) Álcool	( ) H.I.V. +	( ) Problemas Neurológicos
( ) Desmaio	( ) Drogas	( ) Lúpus	( ) Tratamento Psiquiátrico
( ) Osteoporose	( ) Gastrite	( ) Câncer _____	
( ) Outros:			

**8. Você está Grávida?**

**9. Tem algum tipo de alergia a medicamento ou a alimentos ? Qual:**

**10. Exame Físico**

Face:	Bochechas:
Nariz:	Garganta:
Lábios:	Pálato:
Língua:	Anomalias Dentais:
Assoalho da Boca:	Oclusão: ( ) Normal - ( ) Boa - ( ) Ruim
Freios:	Higiene: ( ) Normal - ( ) Boa - ( ) Ruim

Ciente e orientada que o antibiótico corta o efeito da pílula do anticoncepcional. Deste modo, durante todo o período do uso do antibiótico e mais 10 dias após a término, deve-se usar outros métodos contraceptivos de segurança. Ass. \_\_\_\_\_

Observação:


\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal  
RG:

