

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:
Histórico da queixa:	() nunca foi () menos de 1 ano () de 1 a 2 anos () há 3 ou mais anos
Histórico de outros incômodos na boca:	
Impacto na qualidade de vida:	
Alimentação:	