

QUALES ODONTOLOGIA
CRO - DF 2096

Ficha do Paciente

ATENÇÃO! CARO PACIENTE, POR FAVOR PREENCHA TODOS OS CAMPOS. A NÃO OBSERVÂNCIA DESSA ORIENTAÇÃO IMPLICARÁ EM ATRASO NO SEU ATENDIMENTO.

Tratamento:	Matrícula:	Dentista:
Nome:		Sobrenome:
Convênio:	Indicado por:	
Situação:	Data de cadastramento: / /	

Telefones			
Tipo:	Número:	Tipo:	Número:
Tipo:	Número:	Tipo:	Número:

Geral			
Sexo:	Estado civil:	Escolaridade:	
Data de nascimento: / /	CPF:	RG:	
Naturalidade:	Nacionalidade:		
Titular:	Endereço para correspondência:		

Residencial			
Endereço:		Bairro:	
Município:	CEP:	UF:	

Comercial			
Empresa:		Profissão:	
Endereço:		Bairro:	
Município:	CEP:	UF:	
Contato:			

Familiares		
Pai:	Profissão:	Telefone:
Mãe:	Profissão:	Telefone:
Cônjuge:	Profissão:	Telefone:

Responsável			
Nome:			
Profissão:		CPF:	
Endereço:		Bairro:	
Município:	CEP:	UF:	

Internet	
e-Mail (1):	
e-Mail (2):	
Http://	

QUALES ODONTOLOGIA
C.R.O - DF 2096

Ficha do Paciente

ATENÇÃO! CARO PACIENTE, POR FAVOR PREENCHA TODOS OS CAMPOS. A NÃO OBSERVÂNCIA DESSA ORIENTAÇÃO IMPLICARÁ EM ATRASO NO SEU ATENDIMENTO.

Personalizada

Pergunta 1

Pergunta 2

Pergunta 3

Pergunta 4

Observação

Emergência

Pronto socorro:

Telefone:

Médico:

Telefone:

Endereço:

Observações:

QUALES ODONTOLOGIA
CRO - DF 2096

Ficha de Anamnese

ATENÇÃO! AS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO A SEGUIR SÃO DE EXTREMA IMPORTÂNCIA PARA A SEGURANÇA DO SEU TRATAMENTO. NÃO MINTA OU OMITA SOBRE QUAISQUER ENFERMIDADES OU INFORMAÇÕES. NÃO COLOQUE A SUA SAÚDE OU A DOS OUTROS EM RISCO! PREENCHA ESTE FORMULÁRIO COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL. NÃO SE ESQUEÇA QUE VOCÊ ESTÁ PREENCHENDO PARA QUE OUTRAS PESSOAS POSSAM LÊ-LO.

Matrícula :	Nome :	Sexo :	Idade :
-------------	--------	--------	---------

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____

Você apresenta ou apresentou alguma das patologias descritas abaixo?

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> febre reumática | <input type="checkbox"/> anormalidades cardíacas | <input type="checkbox"/> asma |
| <input type="checkbox"/> febre do feno | <input type="checkbox"/> urticária ou rash cutânea | <input type="checkbox"/> desmaios |
| <input type="checkbox"/> convulsões | <input type="checkbox"/> epilepsia | <input type="checkbox"/> diabete |
| <input type="checkbox"/> hepatite A | <input type="checkbox"/> hepatite B, C, D, E... | <input type="checkbox"/> icterícia |
| <input type="checkbox"/> doença hepática | <input type="checkbox"/> artrite | <input type="checkbox"/> gastrite |
| <input type="checkbox"/> úlcera gástrica | <input type="checkbox"/> problemas renais | <input type="checkbox"/> pneumonia |
| <input type="checkbox"/> tuberculose | <input type="checkbox"/> doenças venéreas | <input type="checkbox"/> sinusite |
| <input type="checkbox"/> cirurgia do coração | <input type="checkbox"/> hemofilia | <input type="checkbox"/> angina |
| <input type="checkbox"/> infarto | <input type="checkbox"/> marcapasso | <input type="checkbox"/> pressão alta |
| <input type="checkbox"/> pressão baixa | <input type="checkbox"/> enfisema | <input type="checkbox"/> leucemia |
| <input type="checkbox"/> reumatismo | | |

Você apresenta ou apresentou algum dos sintomas abaixo?

- dor ou pressão no peito após esforço
- edema nos tornoselos
- dificuldade respiratória quando se deita ou necessita de travesseiros extras para dormir
- tem que urinar mais que seis vezes ao dia
- sente muita sede
- dificuldade respiratória após exercícios suaves
- sente a boca frequentemente seca
- tosse persistente ou com sangue
- sudorese excessiva
- mudança de peso repentina
- visão dupla
- visão embaçada
- perda de visão permanente ou transitória
- dores de cabeça constantes
- perda de audição
- zumbido no ouvido associado à tontura
- gânglios doloridos na cabeça ou pescoço
- gânglios doloridos em outro lugar do corpo

Você fez alguma cirurgia ou radioterapia para tumor, câncer ou outras condições em cabeça e pescoço?

- sim não

Se sim, de que tipo?

Está sob tratamento médico?

- sim não

Se sim, o que está sendo tratado? Qual o tratamento adotado pelo seu médico? Está fazendo uso de algum medicamento específico para esta doença? Se está, qual?

Está fazendo uso diário de algum medicamento?

- sim não

Se sim, qual e para que?

Assinale outros medicamentos de uso frequente:

QUALES ODONTOLOGIA
CRO - DF 2096

Ficha de Anamnese

ATENÇÃO! AS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO A SEGUIR SÃO DE EXTREMA IMPORTÂNCIA PARA A SEGURANÇA DO SEU TRATAMENTO. NÃO MINTA OU OMITA SOBRE QUAISQUER ENFERMIDADES OU INFORMAÇÕES. NÃO COLOQUE A SUA SAÚDE OU A DOS OUTROS EM RISCO! PREENCHA ESTE FORMULÁRIO COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL. NÃO SE ESQUEÇA QUE VOCÊ ESTA PREENCHENDO PARA QUE OUTRAS PESSOAS POSSAM LÊ-LO.

Matrícula :	Nome : Sr (a)	Sexo :	Idade :
-------------	------------------	--------	---------

- antibióticos ou sulfas
- anticoagulantes
- medicamentos para pressão alta
- hipoglicêmicos
- corticoides
- tranquilizantes
- aspirina
- insulina, tobutamida ou similares
- digitais ou medicamentos para problemas cardíacos
- nitroglicerina
- anti-histaminicos
- anticoncepcionais ou outros hormônios

Sente dor em alguma região de cabeça e pescoço?

- sim não

Se sim, aonde?

Você teve alguma doença ou realizou alguma cirurgia serias?

- sim não

Se sim, qual?

Foi hospitalizado(a) nos últimos 5 anos?

- sim não

Se sim, qual foi o motivo?

Você já teve sangramento anormal associado a algum procedimento cirúrgico, procedimentos odontológicos ou traumatismos?

- sim não

Se sim, explique as circunstâncias:

Faz hematomas facilmente?

- sim não

Já precisou de transfusão de sangue?

- sim não

Se sim, explique as circunstâncias:

Você tem algum distúrbio sanguíneo?

- sim não

Apresenta algum problema na articulação têmporo-mandibular?

- sim não

Você tem ou teve alguma reação adversa a :

- anestésicos locais
- penicilinas ou outros antibióticos

QUALES ODONTOLOGIA
CRO - DF 2096

Ficha de Anamnese

ATENÇÃO! AS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO A SEGUIR SÃO DE EXTREMA IMPORTÂNCIA PARA A SEGURANÇA DO SEU TRATAMENTO. NÃO MINTA OU OMITA SOBRE QUAISQUER ENFERMIDADES OU INFORMAÇÕES. NÃO COLOQUE A SUA SAÚDE OU A DOS OUTROS EM RISCO! PREENCHA ESTE FORMULÁRIO COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL. NÃO SE ESQUEÇA QUE VOCÊ ESTA PREENCHENDO PARA QUE OUTRAS PESSOAS POSSAM LÊ-LO.

Matricula :	Nome : Sr (a)	Sexo :	Idade :
-------------	------------------	--------	---------

- iodados ou contrastes de rx
- aspirina
- drogas a base de sulfas
- codeína, morfina, tramal ou outro tipo de narcóticos

Apresenta alergia a alguma substância que não tenha sido listada na questão anterior?

- sim
- não

Se sim, a qual?

Você tem alguma condição ou problema não listados anteriormente que julgue importante ser comunicado?

- sim
- não

Se sim, qual?

Você está empregado em algum local no qual receba, com frequencia, exposição ao RX ou outra radiação ionizante?

- sim
- não

Você faz uso de lentes de contato?

- sim
- não

PARA AS MULHERES

Está grávida ou suspeita de estar?

- sim
- não

Se sim, de quanto tempo?

Está amamentando

- sim
- não

OBS.:

HISTÓRIA FAMILIAR

QUEIXA PRINCIPAL

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

ASSINATURA DO PACIENTE: _____