

# Ficha do Paciente

Atenção! Caro paciente, por favor preencha todos os campos. A não observância dessa orientação implicará em atraso no seu atendimento.

Tratamento: ( ) Sr. ( ) Sra. ( ) Srta.	Matricula (uso da clínica):	Dentista: <b>Dr. Cristiano Estrela</b>	
Nome:		Data de cadastro:	
Convênio (uso da clínica):		Indicado por (uso da clínica):	

Telefones	
Residencial:	Trabalho:
Celular 1:	Celular 2:

Geral		
Sexo:	Estado civil:	Escolaridade (1º, 2º ou 3º grau / completo ou incompleto):
Data de nascimento:	CPF:	RG:
Naturalidade (cidade em que nasceu):		Nacionalidade (país em que nasceu):
Titular (uso da clínica / do convênio / caso houver):		Endereço para correspondência (residencial / comercial / responsável):

Residencial		
Endereço:		Bairro:
Cidade:	CEP:	UF:

Comercial		
Empresa:		Profissão:
Endereço:	CEP:	UF:
Contato:	Telefone:	

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

Responsável			
(Pai / Mãe / Outro)	Nome:		
Profissão:		CPF:	
Endereço:		Bairro:	
Cidade:	CEP:	UF:	

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

# Ficha de Anamnese

Atenção! As respostas do questionário a seguir são de extrema importância para a segurança do seu tratamento. Não omita quaisquer enfermidades ou informações. Não coloque a sua própria 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1- 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"/> diabetes      | <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             |  |  |  |  |

2- Você apresenta ou apresentou algum dos sintomas abaixo?

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

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

- sim  não

4- Se sim, de que tipo?

---

---

---

5- Está sob tratamento médico? (Em caso negativo, siga para a pergunta 10)

- sim  não

6- Se sim, o que está sendo tratado? (Especifique somente a doença)

---

---

---

7- Está fazendo uso de algum medicamento específico para esta(s) doença(s)?

- sim  não

8- Em caso positivo, qual(ais) a(s) medicação(ões) adotada(s) pelo seu médico/dentista? Especifique as medicações e como as usa de acordo com cada doença:

---

---

---

# Ficha de Anamnese

9- Qual o tratamento adotado pelo seu médico além da(s) medicação(ões)? Especifique por doença:

10- Está fazendo uso diário de algum medicamento que não seja para tratamento de alguma doença? Vitaminas, suplementos, chás, infusões...

sim  não

11- Em caso positivo, qual e para quê? Especifique de forma individual caso haja mais de uma condição:

12- Assinale outros medicamentos de uso frequente:

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

13- Apresenta algum problema na articulação têmporo-mandibular? (Em caso negativo, siga para a pergunta 16)

sim  não

14- Em caso positivo, assinale o(s) sintoma(s) que possui caso esteja(m) entre as condições listadas abaixo:

estalos na ATM direita ao abrir a boca  estalos na ATM direita ao fechar a boca  
 estalos na ATM esquerda ao abrir a boca  estalos na ATM esquerda ao fechar a boca  
 estalos na ATM direita ao bocejar  estalos na ATM esquerda ao bocejar  
 crepitação na ATM direita ao abrir a boca  crepitação na ATM direita ao fechar a boca  
 crepitação na ATM esquerda ao abrir a boca  crepitação na ATM esquerda ao fechar a boca  
 crepitação na ATM direita ao bocejar  crepitação na ATM esquerda ao bocejar  
 dor na ATM direita ao abrir ou fechar a boca  dor na ATM esquerda ao abrir ou fechar a boca  
 luxação de ATM direita ao abrir a boca  luxação de ATM esquerda ao abrir a boca  
 luxação de ATM bilateral ao bocejar  luxação de ATM direita ao bocejar  
 luxação de ATM esquerda ao bocejar  dores na região do ouvido direito  
 dores na região do ouvido esquerdo

15- Caso o(s) sintoma(s) não esteja(m) entre as condições supracitadas, por favor liste-o(s) abaixo:

16- Sente dor em alguma região de cabeça e pescoço?

sim  não

17- Em caso positivo, aonde? (Especifique o local e como se apresenta essa dor)

18- Você teve alguma doença ou realizou alguma cirurgia sérias?

sim  não

19- Em caso positivo, qual foi o motivo? Quando ocorreu? Especifique de forma individual caso haja mais de uma condição:

# Ficha de Anamnese

20- Foi hospitalizado(a) nos últimos 5 anos?  
 sim  não

21- Em caso positivo, qual foi o motivo? Especifique de forma individual caso haja mais de uma condição:

22- Você já teve sangramento anormal associado a situações dentárias, cirurgias ou traumatismos? (suas gengivas sangram ao escovar ou hemorragia após cirurgia realizada na boca, por exemplo)  
 sim  não

23- Em caso positivo, explique as circunstâncias. Especifique de forma individual caso haja mais de uma condição:

24- Faz hematomas facilmente?  
 sim  não

25- Já precisou de transfusão de sangue?  
 sim  não

26- Em caso positivo, explique as circunstâncias. Especifique de forma individual caso haja mais de uma condição:

26A Qual o seu tipo sanguíneo?  
 A+  A-  B+  B-  AB+  AB-  O+  O-

27- Você tem algum distúrbio sanguíneo?  
 sim  não

28- Você tem ou teve alguma reação adversa a:  
 anestésicos locais  penicilinas ou outros antibióticos  iodados ou contrastes de rx  
 aspirina  drogas a base de sulfá  codeína, morfina, tramal ou outro tipo de narcóticos

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

30- Em caso positivo, a quê?

31- Já foi imunizado(a) quanto a alguma das doenças listadas abaixo?

tétano  difteria  influenza  poliomielite  catapora  
 caxumba  hepatite A  hepatite B  rubéola  coqueluxe  
 HPV  meningite  sarampo  pneumocócica 23 Valente  pneumocócica 10 valente  
 rotavírus

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

# Ficha de Anamnese

(Em caso negativo, siga para a pergunta 34)

sim  não

33- Em caso positivo, qual(ais)? Especifique de forma individual caso haja mais de uma condição:

---

---

---

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

sim  não

35- Você faz uso de lentes de contato?

sim  não

## PARA AS MULHERES

36- Está grávida ou suspeita de estar?

sim  não

37- Se sim, de quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses

38- Está amamentando

sim  não

OBS. (Preenchido pelo dentista):

---

---

---

HISTÓRIA FAMILIAR (Preenchido pelo dentista)

---

---

---

QUEIXA PRINCIPAL (Preenchido pelo dentista)

---

---

---

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL (Preenchido pelo dentista)

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DENTISTA