



**CONHEÇA-SE PREVINA-SE**



## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

### Anamnese

#### Identificação

Nome: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Endereço/ Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
 Nome dos pais/ responsáveis legais: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal:** \_\_\_\_\_

**História da Doença Atual:** \_\_\_\_\_

#### História Pessoal:

Sofre de alguma doença? Sim ( ) Não ( )  
 Está atualmente sob cuidados médicos? Sim ( ) Não ( )  
 Qual: \_\_\_\_\_ Tratamento: \_\_\_\_\_  
 Submeteu-se a alguma cirurgia nos últimos 5 (cinco) anos? Sim ( ) Não ( )  
 Qual? \_\_\_\_\_

Resposta SIM ou NÃO e Especifique	SIM	NÃO	Especificar Tipo e Tempo
Alergias			
Doenças cardiovasculares			
Hipertensão Arterial Sistêmica			
Câncer			
Diabetes Mellitus			
Doenças Respiratórias			
Doenças hepatogastrointestinais			
Sangramentos			
Convulsões			
Anemia			
Dor ou edema nas articulações			
Tuberculose			
Hanseníase			
Doenças Infecto-contagiosas			
Aumentou ou diminuiu muito de peso			
Já realizou tratamento radioterápico			
Está grávida?			
Outras alterações			

**História Familiar:** \_\_\_\_\_

**História Odontológica:** \_\_\_\_\_

**Hábitos:**

	SIM	NÃO	Especificar o tipo/ freqüência (dia) e o tempo
Fumo			
Bebidas alcoólicas			
Exposição ao sol			
Outros			

**Exame Físico:**

**Cadeias linfáticas** ( occipital, auricular posterior, auricular anterior, submandibulares, submentoniana, cervicais)

OBS: \_\_\_\_\_

**Intra-bucal** ( lábios, mucosa jugal, área retromolar, palato duro, palato mole, língua (dorso, ventre, bordas e base), assoalho da boca, gengiva e orofaringe)

OBS: \_\_\_\_\_

**Lesão:**

Local: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Forma: \_\_\_\_\_ Tamanho: \_\_\_\_\_

Volume: \_\_\_\_\_ Superfície: \_\_\_\_\_ Consistência: \_\_\_\_\_ Sintomatologia: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico clínico presuntivo:** \_\_\_\_\_

**Exames complementares para diagnóstico:**

Radiográfico (Tipo(s)): \_\_\_\_\_

Hematológicos/ Bioquímicos (Tipo(s)): \_\_\_\_\_

Cito/ Histopatológicos (Tipo(s)): \_\_\_\_\_

**Conduta adotada** (Orientação/ Medicação/ Solicitação de Exames/ Encaminhamento(s)):

Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cirurgião-Dentista CRO/ \_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_