



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO AMAZONAS
DIVISÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

19. Está ou esteve sob tratamento médico? Sim () Não ()
Especificar a doença: _____
20. Esteve hospitalizado? Sim () Não ()
21. Apresenta algum distúrbio cardiovascular? Sim () Não () Não sei ()
22. É portador de prótese cardíaca ou marca-passo? Sim () Não ()
23. É hipertenso? Sim () Não () Não sei ()
24. Sofre de algum distúrbio sanguíneo (Anemia, Leucemia...)? Sim () Não ()
25. Apresenta histórico de febre reumática? Sim () Não () Não sei ()
26. Sofre de algum distúrbio respiratório?
Bronquite? Sim () Não () Não sei ()
Asma? Sim () Não () Não sei ()
Rinite alérgica? Sim () Não () Não sei ()
Sinusite? Sim () Não () Não sei ()
Outros? _____
27. Nos últimos meses engordou/emagreceu de forma exagerada? Sim () Não ()
28. Sofre de algum distúrbio gastrointestinal?
Gastrite? Sim () Não () Não sei ()
Úlcera? Sim () Não () Não sei ()
29. Já teve ou tem algum tipo de hepatite? Sim () Não () Qual? _____
30. Sofre de algum distúrbio renal? Sim () Não () Não sei ()
31. É diabético? Sim () Não () Não sei ()
32. Já teve ou tem alguma doença infectocontagiosa? Sim () Não () Não sei ()
Qual? _____ Quando? _____
33. Faz uso de algum medicamento? Sim () Não ()
Qual? _____ Há quanto tempo? _____
34. Encontra-se grávida? Sim ()/ Quantos meses? _____ Não ()
35. Existe alguma doença predominante em sua família? Sim () Não ()
Qual? _____
36. Fuma? Sim () Não () Com que freqüência? _____
37. Bebe? Sim () Não () Com que freqüência? _____
38. Gostaria de acrescentar alguma informação importante? Sim () Não ()
Especificar: _____

DECLARAÇÃO

Eu, _____, RG _____, declaro para os devidos fins legais que as informações prestadas aqui são verdadeiras e que nenhum fato importante foi omitido. Concordo com o tratamento proposto e autorizo a realização dos procedimentos necessários para o mesmo.

Data: ____/____/____

Ass. Paciente ou Responsável



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO AMAZONAS
DIVISÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS



Odontopediatria

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F Cor: _____ Sangue: _____
 Endereço Residencial (Rua/Av. Nº, Conj./Bairro): _____
 CEP: _____ Tel.: _____ Cel.: _____
 Pai: _____ Profissão: _____
 Mãe: _____ Profissão: _____
 Médico responsável: _____

INQUÉRITO DA SAÚDE

1. Queixa principal (motivo da consulta): _____
2. Quando foi sua última consulta dentista? _____
 Fez o tratamento completo? _____
 Qual o seu comportamento? _____

HISTÓRICO DA GRAVIDEZ E PARTO

3. A Gravidez foi: () Normal () De Risco
4. A mãe tomou algum medicamento? () Sim () Não
 Quais? () Antibióticos () Analgésicos () Flúor
 Motivo: _____
5. A mãe já sofreu algum acidente? () Sim () Não
6. O parto foi: () Normal () Cesárea () Fórceps () Prematuro
7. O bebê apresentou: () Anóxia () Cianose () Hemorragia
 () Lotérica () Anomalias Congênitas _____

HISTÓRIA PÓS-NATAL

8. Firma a cabeça? () Sim () Não Quando? _____
9. Senta sem apoio? () Sim () Não Quando? _____
10. Engatinha? () Sim () Não Quando? _____
11. Anda? () Sim () Não Quando? _____
12. Fala? () Sim () Não Quando? _____
13. Vacinação atualizada: () Sim () Não
 Observações? _____

HISTÓRICO MÉDICO

14. Doenças: () Sarampo () Rubéola () Dengue () Malária
 () Caxumba () Desidratação () Hepatite () Catapora
 () Outras _____
15. Está ou esteve sob tratamento médico ou cirúrgico? Esteve hospitalizado?
 () Sim () Não Qual? _____
16. Apresenta algum distúrbio cardíaco?
 () Sim () Não Qual? _____
17. Sofre de algum distúrbio sanguíneo (anemia, leucemia, hemofilia...)?
 () Sim () Não Qual? _____
18. Sofre de algum distúrbio respiratório?
 Bronquite? Sim () Não () Rinite? Sim () Não ()
 Asma? Sim () Não () Sinusite? Sim () Não ()
 Pneumonia Sim () Não () Adenóide Sim () Não ()
 Outros? _____
19. Sofre de algum distúrbio gastrointestinal?
 Gastrite? Sim () Não () Hepatite? Sim () Não ()
 Úlcera? Sim () Não () Cirrose? Sim () Não ()
20. É diabético? Apresenta pais diabéticos?
 Sim () Não () OBS.: _____
21. Apresenta história de febre reumática? Sim () Não ()

22. Existe alguma doença predominante na família?
Sim () Não () Qual? _____
23. Tem ou teve algum familiar com AIDS? Sim () Não ()
24. Já houve algum caso de Tuberculose na família? Sim () Não ()
25. Nos últimos meses, emagreceu/engordou de forma exagerada? Sim () Não ()
26. Já teve convulsões? Sim () Não ()
27. Já foi submetido a transfusão de sangue? Sim () Não ()
28. Está fazendo uso de algum medicamento? Sim () Não ()
Qual? _____ Há quanto tempo? _____
29. É alérgico a algum medicamento ou a qualquer outra coisa? Sim () Não ()
A que? _____
30. O paciente já tomou anestesia para fazer tratamento dentário? Sim () Não ()
Teve alguma reação? Sim () Não ()
31. Sangra de maneira exagerada quando se corta ou extra dentes? Sim () Não ()
32. Custa a cicatrizar? Sim () Não ()

AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO

33. Amamentação: () Peito até _____ meses Freqüência: _____
() Mamadeira até _____ meses Freqüência: _____
34. Refeições:
Café: _____ Almoço: _____ Jantar: _____
Lanche: _____ Lanche: _____ Lanche: _____
35. Consome alimentos açucarados? () Pouco () Muito Freqüência _____
36. Adoçante: () Açúcar () Mel () Outros _____
37. Alimentação Noturna: () Peito () para dormir até _____ meses
() Mamadeira () dorme mamando até _____ meses
() acorda para mamar até _____ meses

AVALIAÇÃO DE HIGIENE

38. Escova os dentes quantos vezes ao dia? _____ Quem escova? _____
39. Qual o tipo de escova? _____ Qual o tipo de pasta? _____
40. Começou a fazer higiene com que idade? _____
41. Usa fio dental? _____
42. Já recebeu orientações de higiene dental alguma vez? Sim () Não ()
43. Onde? () Escola () Clube de mães () Centro de Saúde () TV Outros _____
44. As gengivas sangram? () Sim () Não
45. Aparecem bolhas nos lábios ou ao redor da boca? () Sim () Não
46. Costumam aparecer aftas ou feridas na boca? () Sim () Não Freqüência? _____
47. Já sofreu lesão em dentes anteriores? () Sim () Não

HÁBITOS NOCIVOS

Chupa o dedo () Chupa língua () Chupa chupeta () Interpõe língua ()
Morde bochecha () Morde lábios () Morde língua () Respira pela boca ()

OBSERVAÇÃO

Gostaria de acrescentar algum fato importante que não foi abordado? Sim () Não () _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, RG _____, por meio desta autorização dou pleno consentimento para realização de todo o tratamento odontológico de _____ que se fizer necessário, inclusive contenção física e declaro para todos os fins legais que as informações que prestei sobre o estado geral e buco dental desde(a) paciente são verdadeiras e nenhum fato importante foi ou será omitido. comprometo-me também, a informar ao profissional qualquer intercorrência relacionada à saúde do paciente. declaro ainda, que todos os benefícios, opções, riscos, efeitos e orientações do tratamento a ser realizado foram esclarecidas e com os quais concordo plena e livremente.

Data: ____/____/____

Ass. Paciente ou Responsável



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO AMAZONAS
DIVISÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para fins _____
que o (a) Sr. (a) _____,
esteve sob meus cuidados profissionais no horário de _____ às
_____ h, para tratamento médico/odontológico.

C.I.D.:

Manaus, ____ de _____ de 20 ____ .

Médico/CRM
Cirurgião-dentista/CRO