

Logo ou carimbo
da clínica

Clínica / cirurgião(ã)-dentista: _____

CRO nº: _____ Especialidade: _____

Telefone: _____ Endereço: _____

Identificação do profissional responsável pelo atendimento.

FICHA DE ANAMNESE ODONTOLÓGICA

Ficha clínica · preencha com letra legível e atualize a cada mudança no estado de saúde

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Gênero: _____ CPF ou RG: _____

Telefone / WhatsApp: _____ E-mail: _____

Endereço: _____

Profissão: _____ Convênio / nº: _____

Responsável legal (se menor ou incapaz): _____ Parentesco: _____

Contato de emergência (nome e telefone): _____

2. QUEIXA PRINCIPAL / MOTIVO DA CONSULTA

3. SAÚDE GERAL

Está em tratamento médico atualmente? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Usa algum medicamento? Quais? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Tem alergia a medicamento, anestésico, látex ou outra substância? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Já teve reação a anestesia (local ou geral)? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Tem pressão alta ou pressão baixa? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Tem diabetes? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Tem problema cardíaco, sopro ou usa marca-passo? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Sangramento prolongado ou usa anticoagulante? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Tem asma, bronquite ou outra doença respiratória? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Tem doença nos rins ou no fígado? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Tem ou teve hepatite, HIV, tuberculose ou outra doença infecciosa? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Tem epilepsia ou já teve convulsões? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Tem problema de tireoide? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Fez ou faz radioterapia ou quimioterapia? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Usa ou usou medicamento para osteoporose? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Já foi internado(a) ou operado(a)? Motivo: ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Está grávida ou amamentando? (semanas de gestação) ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Paciente: _____

4. HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

Última consulta ao dentista: _____ Motivo: _____

Sente dor nos dentes ou na boca hoje? Onde? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

A gengiva sangra ao escovar? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Sente sensibilidade ao frio, quente ou doce? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Range ou aperta os dentes (de dia ou à noite)? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Sente dor ou estalo na articulação da mandíbula? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Já fez tratamento de canal? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Já fez extração, implante ou usa prótese? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Já usou ou usa aparelho ortodôntico? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Tem medo ou ansiedade em consultas odontológicas? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Escovações por dia: _____ Usa fio dental? ☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

5. HÁBITOS

Fuma ou já fumou? Quanto por dia? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Consome bebida alcoólica com frequência? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

Rói unhas, morde objetos ou respira pela boca? ☐ Sim ☐ Não Obs.: _____

6. EXAME CLÍNICO (preenchido pelo profissional)

Pressão arterial: _____ x _____ mmHg Frequência cardíaca (bpm): _____

Exame extraoral (face, linfonodos, ATM): _____

Exame intraoral (lábios, mucosa, língua, palato, assoalho, gengiva): _____

Higiene bucal: ☐ Boa ☐ Regular ☐ Deficiente

7. DECLARAÇÃO

Declaro que as informações acima são verdadeiras e completas e que vou informar ao(à) cirurgião(ã)-dentista qualquer mudança no meu estado de saúde ou nos medicamentos que uso.

Local e data: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal

Assinatura e carimbo do(a) dentista · CRO nº

8. ATUALIZAÇÕES DA ANAMNESE (registre em ordem cronológica)

Data	O que mudou (medicamento, doença, alergia...)	Assinatura paciente	Assinatura dentista