

Ficha Clínica

Escola _____

CD _____ E-mail _____

1 - Identificação do Paciente

Nome _____ Nasc.: ____/____/____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Tels: _____

Responsável: Pai: _____

Mãe: _____

Outro(a): _____

2 - Anamnese

Parto: Natural () Fórceps () Cesária ()

Amamentação no Peito até ____ meses Mamadeira até ____ meses

Otite () Sinusite () Asma () Bronquite () Rinite () Tonsilite ()

Alergia medicamentosa () Outras: _____

Obs.: _____

Traumatismo _____ Idade _____

Cirurgias _____ Idade _____ Duração _____

Doença _____ Idade _____ Duração _____

Sono: Tranquilo () Agitado () Ronca () Boca Aberta () Baba ()

Hábitos: Chupeta () Até que idade: _____

Sucção de Dedo () Até que Idade: _____

Sucção de Lábio () Língua () Pano ()

Apertamento Dental () Bruxismo () Onicofagia () Outros ()

Ficha Clínica

3 - Exame Clínico

Exame Extra-Bucal:

Tipo Facial: Mesoprosopo () Dolicoprosopo () Leptoprosopo ()

Assimetrias: Terço Superior () Médio () Inferior ()

Perfil: Reto () Côncavo () Convexo ()

Linha do Sorriso: Normal () Alta () Baixa ()

Lábios: Com Selamento () Sem Selamento ()

Degrau Labial: Reto () Positivo () Negativo ()

Exame Intra-Oral:

Higiene Oral: Boa () Regular () Ruim () Péssima ()

Doença Periodontal: Sim () Não ()

Língua: Normal () Baixa () Edentada () Protruída ()

Mucosas: Normal () Mudança Patológica () _____

Freio-Lábio Sup.: Normal () Hipertrofiado () Baixo () Frenectomizado ()

Freio-Lábio Inf.: Normal () Hipertrofiado () Baixo () Frenectomizado ()

Freio-Lingual: Normal () Hipertrofiado () Frenectomizado ()

Palato: Normal () Atrésico () Raso () Profundo ()

Tonsilas Palatinas: Normais () Hipertrofiadas () Ausentes ()

Oclusão:

Dentição: Decídua () Mista () Permanente ()

Classificação sagital: Neutroclusão () Distocclusão () Mesiocclusão ()

Sobremordida: _____ mm Sobressaliência: _____ mm

Linha Média: Centrada () Desviada (): P/Esquerda () P/Direita ()

Mordida Cruzada: Anterior () Posterior (): Direita () Esquerda ()

Unidades dentárias cruzadas: _____

Mordida Aberta: Anterior () Posterior (): Direita () Esquerda ()

Ficha Clínica

Exame Funcional do Sistema Estomatognático:

Mastigação: Bilateral () Unilateral (): Direita () Esquerda ()

Deglutição: Normal () Atípica ou Adaptada ()

Respiração: Nasal () Mista () Bucal ()

Ângulo Funcional Mastigatório Planas: Simétrico () Assimétrico ()

Abertura Máxima: 1ª: _____ mm 2ª: _____ mm

Desvio na Abertura: Não () Sim (): Direita () Esquerda ()

Desvio no Fechamento: Não () Sim (): Direita () Esquerda ()

Protrusiva: Fisiológica () Não Fisiológica () Quebrada ()

ATM:

Ruídos Articulares: Sim () Não ()

Estalos: Sim () Não () Na abertura: Direita () Esquerda ()

No fechamento: Direita () Esquerda ()

Limitação da Abertura: Sim () Não ()

Diagnóstico

Proposta de Tratamento

Prognóstico

Ficha Clínica

Data	Procedimento	Rubrica