



SECRETARIA MUNICIPAL DE IBERTIOGA

Ficha de Atendimento Odontológico Individual - AB



CNES: 2202239

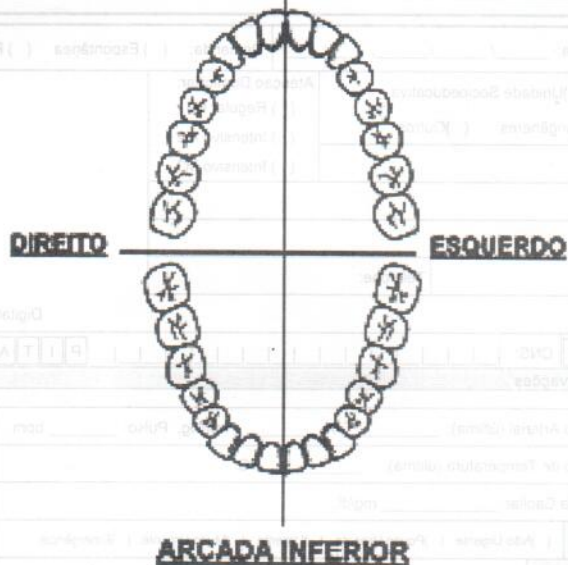
Unidade: UBS - DR. EDSON FAGUNDES DO NASCIMENTO

Número do Atendimento:		Entrada: ____/____/____		Demanda: () Espontânea () Programada	
Local do Atendimento: () UBS () Unidade Móvel () Rua () Domicílio () Escola / Creche () Unidade Socioeducativa () Polo (Academia de Saúde) () Instituição / Abrigo () Unidade Prisional ou Congêneres () Outros		Atenção Domiciliar: () Regular M1 () Intensivo M2 () Intensivo M3			
Descrição do Local:					
Cartão SUS: _____		Prontuário: _____			
Paciente:					
Sexo: () Masculino () Feminino		Dt. de Nascimento: ____/____/____		Idade: _____ Telefone: _____	
Assinatura do paciente: _____ Digital					
Acompanhantes		CNS: _____		CNS: _____	
Profissional: _____					
Pressão Arterial (primeira): _____ X _____ mmHg. Pulso: _____ bpm.					
Pressão Arterial (última): _____ X _____ mmHg. Pulso: _____ bpm.					
Aferição de Temperatura (primeira): _____ °C.					
Aferição de Temperatura (última): _____ °C.					
Avaliação Antropométrica: Peso: _____ kg. Altura: _____ cm.					
Glicemia Capilar: _____ mg/dl.					
Outro: _____					
Risco: () Não Urgente () Pouco Urgente () Urgente () Muito Urgente () Emergência					
Portador de necessidades especiais () Sim () Não					
Gestante () Sim () Não					
Condição Avaliada					
1ª Consulta / Programática / Diagnóstico		Abscesso Dento Alveolar		Fluorose Dentária Moderada ou Severa	
Tratamento / Consulta Retorno		Alteração em Tecidos Moles		Traumatismo Dento Alveolar	
Alta / Tratamento Concluído		Dor de Dente		Não Identificado	
Manutenção		Fendas ou Fissuras Labio Palatais			
Procedimentos					
Acesso a polpa dentária e medição (por dente)		Evidenciação de placa bacteriana		Pulpotomia dentária	
Adaptação de Prótese Dentária		Exodontia de dente decíduo		Radiografia Periapical / Interproximal	
Aplicação de carlostático (por dente)		Exodontia de dente permanente		Restauração de dente decíduo	
Aplicação de selante (por dente)		Instalação de prótese dentária		Restauração de dente permanente anterior	
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)		Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária		Restauração de dente permanente posterior	
Capeamento pulpar		Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)		Orientação de higiene bucal	
Cimentação de prótese		Profilaxia / remoção da placa bacteriana		Selamento provisório de cavidade dentária	
Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico		Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)		Tratamento de alveolite	
Drenagem de abscesso		Raspagem alisamento e polimento supra. (por sextante)		Ulotomia / Ulectomia	
Outros Procedimentos					
Medicamento:		Quant:		Forma de Adm:	
Medicamento:		Quant:		Forma de Adm:	
Medicamento:		Quant:		Forma de Adm:	
Exames Solicitados(S) e Avaliados(A)					
Descrição:		Código:		CID:	
Descrição:		Código:		CID:	
Descrição:		Código:		CID:	
Desfecho					
Observação (horas)		Afastamento (dias)		Retorno (dias)	
Remoção (S/N)		Destino		() Origem () Encaminhado () Internação () Óbito	
Atend a Pacientes c/ nec especiais		Estomatologia		Periodontia	
Ortodontia / Ortopedia		Implantodontia		Cirurgia BMF	
Odontopediatria		Prótese Dentária		Endodontia	
Escova Dental		Creme Dental		Fio Dental	
Saída					
Profissionais					
01 - Ocupação:		02 - Ocupação:		03 - Ocupação:	
Nome:		Nome:		Nome:	



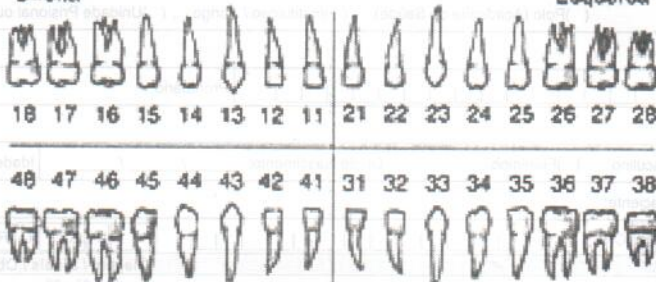
ARCADA SUPERIOR

UNIDADE: UBS - DR. EDSON FAGUNDES DO NASCIMENTO



Direita

Esquerda



Anotações

01 02 03

Rubrica

01 02 03

Rubrica

01 02 03

Rubrica

Legenda:

Forma de Adm.: O - Oral I - Intramuscular E - Endovenosa / Intravenosa N - Nebulização / Inalação e T - Tópica. Acompanhantes: P - Pai, I - Irmão, T - Tio, A - Avô, F - Filho, C - Conjuge, R - Primo e O - Outro.