

# Ficha de anamnese odontológica

Folha de avaliação para a primeira consulta odontológica. Ela tem o que as outras não têm: experiência anterior com atendimento, hábitos que marcam os dentes e o exame das duas partes da boca.

## Identificação do paciente

Nome completo

Data de nascimento

Telefone de contato

Data desta avaliação

Responsável legal, quando a pessoa for menor de idade

## Cirurgião-dentista responsável

Nome de quem avalia

Inscrição no CRO

Como consta na carteira profissional.

## Queixa e história odontológica

O que trouxe a pessoa hoje, nas palavras dela

Última consulta odontológica: quando e por quê

Experiência anterior com atendimento odontológico, como a pessoa descreve

Sensibilidade referida, e a que

Sangramento gengival referido

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

## História geral de saúde

Condições de saúde em acompanhamento

Medicamentos em uso, conforme relato

Reação a anestésico em atendimento anterior, se houve

Alergias referidas

Gestação ou amamentação

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Tratamento em curso com outro profissional de saúde

## Hábitos e higiene

Escovação: quantas vezes por dia, conforme relato

Uso de fio dental, como referido

Ranger ou apertar os dentes, conforme percebido

Roer unha, morder objeto ou outro hábito relatado

Tabaco e bebida alcoólica, como referidos

## Exame clínico desta consulta

A tabela fica em branco para os achados por região, no formato que o consultório padroniza. Não há odontograma impresso.

| Região ou elemento | Achado registrado | Face | Observação |
|--------------------|-------------------|------|------------|
|                    |                   |      |            |
|                    |                   |      |            |
|                    |                   |      |            |
|                    |                   |      |            |
|                    |                   |      |            |
|                    |                   |      |            |
|                    |                   |      |            |
|                    |                   |      |            |

Exame extraoral, como observado

Exame intraoral, como observado

Exames de imagem trazidos ou solicitados, com a data

---

## Local, data e assinatura das duas partes

Plano combinado com a pessoa atendida

Data do retorno

Local e data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cirurgião-dentista

---

## Sobre este modelo

Modelo em branco. Esta folha não é termo de consentimento, não traz odontograma nem plano de tratamento pronto, e não substitui o prontuário. Os campos são um ponto de partida e podem não corresponder ao que o seu conselho regional exige.

Modelo em branco para profissionais de saúde. Não traz conteúdo clínico preenchido, não sugere composição, volume nem via, e não substitui julgamento clínico nem a norma do conselho da sua profissão.