Item 8

MUNICÍPIO DE CARMO DO PARANAÍBA
Secretaria Municipal de Saúde
PRONTUÁRIO CIRURGIA

Nº Prontuário 65

Cartão SUS

Dr.(a)

CRO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Nasc.: ____/____/____ Naturalidade: _____

Endereço - Rua/ Av: _____ Nº: _____

Bairro/Cidade: _____ Tel.: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Patologia: _____

Tratamento Médico: _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

Como você avalia sua própria saúde? _____

Está fazendo algum tratamento médico? ( ) Não ( ) Sim _____

Está tomando algum medicamento no momento? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____

Já esteve hospitalizado? Quando e por quê? ( ) Não ( ) Sim Quando? _____

Você ou algum membro da sua família tem ou teve algum dos problemas abaixo?

Diabetes? ( ) Não ( ) Sim _____

Moléstias cardíacas ou vasculares? ( ) Não ( ) Sim _____

Doenças renais ou hepáticas? ( ) Não ( ) Sim _____

Febre reumática? ( ) Não ( ) Sim _____

Já tomou corticóide alguma vez ( ) Não ( ) Sim _____

Já fez algum tratamento com radioterapia ou quimioterapia? ( ) Não ( ) Sim Quando? _____

Tem alergia a algum medicamento? (penicilina, sulfa, aspirina, anestesia odontológica) ( ) Não ( ) Sim

Qual? _____

Tem alergia a outras coisas que não medicamentos? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____

Sente tonturas ou dores de cabeça frequêntes? ( ) Não ( ) Sim _____

Fez algum exame geral de saúde nos últimos 5 anos? ( ) Não ( ) Sim _____

Já teve hemorragia após extração dentária ou ferimento? ( ) Não ( ) Sim _____

É fumante? ( ) Não ( ) Sim Quanto? _____

É hipertenso? ( ) Não ( ) Sim Valor: _____ mmHg

Faz uso de álcool ou qualquer tipo de droga? ( ) Não ( ) Sim _____

Tem algum problema gástrico (úlcera, gastrite)? ( ) Não ( ) Sim _____

Comentários

_____

_____

_____

EXAMES COMPLEMENTARES SISTÊMICOS:

Parecer Médico ( ) Não ( ) Sim

Hemograma ( ) Não ( ) Sim

Coagulograma ( ) Não ( ) Sim

Glicemia ( ) Não ( ) Sim

Outros

CONCLUSÃO:

( ) Paciente apto para execução do tratamento odontológico

( ) Paciente apresenta a(s) seguinte(s) restrição(ões) para execução do tratamento odontológico

( ) Paciente não está apto ao tratamento odontológico

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas e que não omiti nenhuma informação sobre o meu estado de saúde passado e atual.

/ / _____