27 verso

· ORIENTAÇÕES SOBRE DIETA / CONSUMO DE AÇÚCAR

· Alimentar somente nas refeições principais: café da manhã, almoço, lanche à tarde e jantar.
· Evitar consumo de açúcar entre estes horários (chocolates, balas, chicletes, doces, bolachas, quitandas, líquidos açucarados como refrigerantes, sucos, café, etc).
· Consumir doces somente junto das refeições (de sobremesa)
Se necessário alimentar entre as refeições, dar preferência para frutas.
Em caso de criança abaixo de 5 anos: verificar dieta e mamadas noturnas.

Família Orientada ( )

· AVALIAÇÃO DA ROTINA DIÁRIA DAS PESSOAS

· Verificar dificuldades da rotina diária que impedem a higienização bucal: horário de trabalho e/ou estudo, local onde almoça, se fica o dia todo fora de casa, etc.
· Encorajar e incentivar a higienização, rompendo estas dificuldades.
· Verificar aspectos da rotina diária que favorecem o consumo de dieta cariogênica ORIENTAR OS USUÁRIOS SOBRE A IMPORTÂNCIA DE MUDAR OS HÁBITOS PARA PREVENÇÃO DA CÁRIE E DA DOENÇA DE GENGIVA.

Família Orientada ( )

· PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL

. Alguém da família fuma: ( ) Sim ( ) Não
· Alguém da família consume bebida destilada ( ) Sim ( ) Não
· Cigarro é o principal causador de câncer de boca
· Bebida destilada associada aumenta em 25 vezes a possibilidade de ter a doença
ORIENTAR SOBRE A IMPORTÂNCIA DE DEIXAR ESTES VÍCIOS

Família Orientada ( )

· NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

· Família faz uso do serviço odontológico municipal: ( )Sim ( )Não
· Presença de dor de dente em alguém da família ( )Sim ( )Não
· Presença de sangramento gengival em alguém da família ( )Sim ( )Não
ORIENTAR SOBRE O ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO MUNICIPAL

Família orientada ( )

· Atesto que recebi as informações acima e comprometo a repassar para os demais membros da minha família.

_____

Pessoa da família presente

_____

Agente de Saúde responsável pela visita