

Ficha de Anamnese Odontológica

Primeira consulta — uso com odontograma

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo		Data de nascimento	
CPF	Telefone / WhatsApp		Profissão
Endereço		Como conheceu a clínica?	
Convênio / particular		Dentista responsável / CRO	

QUEIXA PRINCIPAL

Motivo da consulta (dor, estética, rotina, prótese...)
Última consulta odontológica (quando e o que foi feito)

HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

Pergunta	Sim / Não	Observações
Sente dor de dente atualmente?	() Sim () Não	
Gengiva sangra na escovação?	() Sim () Não	
Sente sensibilidade a quente/frio/doce?	() Sim () Não	
Range ou aperta os dentes (bruxismo)?	() Sim () Não	
Já fez tratamento de canal?	() Sim () Não	
Já teve problema com anestesia odontológica?	() Sim () Não	
Usa ou já usou aparelho ortodôntico?	() Sim () Não	
Usa prótese (fixa, removível, implante)?	() Sim () Não	
Tem estalos ou dor ao abrir a boca (ATM)?	() Sim () Não	

HISTÓRICO DE SAÚDE GERAL

Pergunta	Sim / Não	Observações
Possui alergia a medicamentos ou anestésicos?	() Sim () Não	
Faz uso contínuo de medicação? Qual?	() Sim () Não	
Possui diabetes?	() Sim () Não	

Possui hipertensão ou problema cardíaco?	() Sim () Não	
Possui distúrbio de coagulação / usa anticoagulante?	() Sim () Não	
Está gestante?	() Sim () Não	
Já teve endocardite, febre reumática ou sopro?	() Sim () Não	
Fuma?	() Sim () Não	

EXAME CLÍNICO (USO PROFISSIONAL)

Higiene oral (boa/regular/deficiente)	Índice de placa / cálculo
Observações do exame intraoral e plano de tratamento inicial	

CONSENTIMENTO — LGPD

Autorizo a coleta e o tratamento dos meus dados pessoais e de saúde acima informados, exclusivamente para fins de avaliação, planejamento e execução dos cuidados prestados por esta clínica, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (LGPD). Estou ciente de que posso solicitar acesso, correção ou exclusão dos meus dados a qualquer momento.

Cidade e data	Profissional responsável / registro
---------------	-------------------------------------

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) profissional