

INFORME CLÍNICO Nº1 - PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

De acordo com o Código de Ética Odontológica, Capítulo VII, Art.17. É obrigatória a elaboração e a manutenção de forma legível e atualizada de prontuário e a sua conservação em arquivo próprio, seja de forma física ou digital.

Parágrafo único: Os profissionais da Odontologia deverão manter no prontuário os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, nome, assinatura e número de registro do cirurgião-dentista no Conselho Regional de Odontologia.

O prontuário é um documento legal e deve contemplar o máximo de informações possíveis e ser atualizado a cada consulta/procedimento. Não há um formato obrigatório, devendo ser adequado por cada profissional, dependendo das necessidades e especialidades que desenvolvem em suas atividades.

Exemplo de Prontuário Odontológico:

NOME DO PROFISSIONAL

Cirurgião-Dentista – Clínico Geral/Especialista *(especialidade deve estar registrada no CRO)*

CRO (UF) Nº _____

Endereço completo: _____

Prontuário Nº _____

Nome _____ RG _____ CPF _____

D.N. ___/___/___ Sexo ___ Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Est. Civil _____ Profissão _____

End. Residencial _____

End. Profissional _____

Anamnese *(deve ser reavaliada e registrada periodicamente)*

Queixa principal:

História da doença atual:

História médica pregressa:

História médica familiar:

Se mulher: Está grávida?

Possui algum problema de saúde? (especificar)

Está fazendo tratamento médico? (especificar)

Está usando algum medicamento? (especificar)

Nome do médico/telefone:

Já foi submetido (a) a alguma cirurgia? Já ficou internado (a)? Por qual motivo?

Já teve hemorragia?

Já tomou anestesia? Teve algum problema?

É alérgico (a) a algum produto ou medicamento?

É portador(a) de alguma alteração como: hipo ou hipertensão arterial, febre reumática, renal, hepático, respiratório, articular ou reumatismo, diabetes, gástrico?

Hábitos: fuma, bebe, consumo de açúcar diário (doces, biscoitos, balas, chicletes), higiene oral (como realiza, quais produtos utiliza, frequência).

Outras informações:

Declaro que as informações por mim prestadas são verdadeiras.

(local), (data)

Assinatura do paciente ou responsável

EXAME FÍSICO

Geral: _____

Extra oral: _____

Intra oral: _____

EXAME DENTAL (registro de cárie, lesões dentárias, restaurações, anormalidades e patologias)

18	38
17	37
16	36
15 (55)	35 (75)
14 (54)	34 (74)
13 (53)	33 (73)
12 (52)	32 (72)
11 (51)	31 (71)
21 (61)	41 (81)
22 (62)	42 (82)
23 (63)	43 (83)
24 (64)	44 (84)
25 (65)	45 (85)
26	46
27	47
28	48

Exame periodontal / periograma / exames complementares

Planos de tratamento (descrição). Informar o tempo previsto de conclusão, honorários, condição de pagamento e informações complementares.

Declaro que fui informado(a) da condição clínica que apresento no momento e plano de tratamento proposto, bem como possíveis complicações decorrentes e possibilidade de alteração do plano de tratamento. Após ter lido e sanada todas as dúvidas, aceito e autorizo a execução do(s) tratamento(s) proposto(s), comprometo-me a seguir todas as orientações, comparecer às consultas no dia e horários agendados e remarcar com antecedência quando necessário, bem como efetuar os pagamentos conforme acordado.

Local, data.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do cirurgião-dentista

