

Dados Básicos

Solicitação do(a) Dr(a):
E-mail: Telefone: ()
Nome do Paciente: Sexo:
Motivo do Exame: Idade:

INFORMAÇÕES ORTODÔNTICAS (observações)

Tratamento Anterior
Grau de Motivação

HISTÓRIA MÉDICA

**O paciente já
apresentou:**

Asma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Doenças Cardíacas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Anemia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Distúrbios Auditivos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Alergias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Distúrbios Respiratórios	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Doenças Sanguíneas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Traumatismo Face/Cabeça	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Doença Óssea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Herpes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Hepatite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Febre Reumática	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Problemas Endócrinos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Fraturas Osseas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Problemas Emocionais	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Doenças da Infância	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Ingere Drogas ou Medicamentos Anomalias de Nascimento
Anticoncepcional Estágio de Desenvolvimento Ósseo
Cirurgia Anterior Tipo Físico
Saúde Atual Altura
Queixa Principal (Motivo da Consulta) Peso

DATA **PACIENTE/RESPONSÁVEL**

EXAME CLÍNICO

ESTRUTURAS FACIAIS

- SIMÉTRICAS
- ASSIMÉTRICAS

PERFIL

- CONVEXO
- RETO
- CONCAVO

PADRÃO MUSCULAR FACIAL

- BRAQUICEFALO
- MESOCEFALO
- DOLICOCEFALO

RESPIRAÇÃO

- NASAL
- BUCAL
- MISTA
- ALERGIAS RESPIRATORIAS

ADENOÍDE

- NORMAL
- ALTERADA (ANORMAL)

FALA / DICÇÃO

- NORMAL
- DEFICIENTE

LÁBIOS

- NORMAL
- HIPOTÔNICO
- HIPERTÔNICO
- VOLUME ALTERADO

RELAÇÃO BILABIAL

- NORMAL
- CLASSE II
- CLASSE III

MAXILA

- ORTOGNATA
- PROGDATA
- RETROGNATA

MANDÍBULA

- ORTOGNATA
- RETROGNATA
- PROGDATA

MUCOSA BUCAL

- NORMAL
- ALTERADA

DEGLUTIÇÃO

- NORMAL
- CONTRAÇÃO M M PERIBUCAIS
- CONTRAÇÃO M M ELEVADORES

LÍNGUA

- NORMAL
- INTERPOSIÇÃO NA DEGLUTIÇÃO
- INTERPOSIÇÃO EM REPOUSO
- HIPERTÔNICA
- HIPOTÔNICA

HÁBITOS BUCAIS

- SUÇÃO DE DEDO
- SUÇÃO DE LÁBIOS
- CHUPETA
- ROER UNHAS (ONICOFAGIA)

AMIGDALAS

- NORMAIS
- ALTERADAS

GENGIVAS

- NORMAIS
- GENGIVITE
- PERIODONTITE
- PERDA OSSEA

DENTIÇÃO

- DECÍDUA
- MISTA
- PERMANENTE

HIGIENE BUCAL

- BOA
- REGULAR
- DEFICIENTE

SAÚDE DENTAL

- BOA
- REGULAR
- DEFICIENTE

RELAÇÃO MOLAR

- CLASSE I
- CLASSE II
- CLASSE III

RELAÇÃO CANINA

- CLASSE I
- CLASSE II
- CLASSE III

MORDIDA CRUZADA

- ANTERIOR
- POSTERIOR BILATERAL
- POSTERIOR LADO DIREITO
- POSTERIOR LADO ESQUERDO
- DENTE

SOBREMORDIDA HORIZONTAL

- NORMAL
- ALTERADA M M

SOBREMORDIDA VERTICAL

- NORMAL
- ALTERADA M M

LINHA MEDIANA

- NORMAL
- DESVIADA
- NORMAL
- MANDÍBULA

OCLUSÃO

- NORMAL
- RELAÇÃO CENTRICA
- MÁXIMA INTERCUSPIRAÇÃO
- LADO TRABALHO
- LADO BALANCEIO
- PROTRUSIVA

MASTIGAÇÃO

- NORMAL
- FRACA
- FORTE

ATM

- NORMAL
- CREPTAÇÃO
- ESTALOS
- DESVIOS
- DOR
- TRISMO

DIVERSOS

- AGENESIAS
- APINHAMENTO
- DIASTEMA
- AUSÊNCIAS DENTÁRIAS
- FREIO LABIAL ALTERADO
- PROTESE
- MANCHAS DENTÁRIAS
- DESCALCIFICAÇÃO
- DISPLASIA
- TRAUMATISMO

Observações