

FICHA DE ANAMNESE

Nome: _____

Data Nasc: ____/____/____ Altura: _____m. Peso: _____kg

	Sim	Não	Comentários
1. Está em tratamento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Faz uso de medicação diária? Liste medicamentos e doses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
3. Faz uso de tranquilizantes/calmanantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Tem ou teve recentemente tosse com catarro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Já tomou penicilina? Teve reações anormais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Tem gânglios doloridos pelo corpo? Onde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. As feridas demoram a cicatrizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Sangra muito quando se fere ou extrai dente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Sofre de tonturas ou desmaios? Especifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Tem ou teve convulsões? Epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Existe possibilidade de estar grávida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Está amamentando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Já tomou anestesia para tratamento dentário? Teve alguma reação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Liste quais, em que ano e o tipo de anestesia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
15. Tem/teve problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Tem marca-passos cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. É portador de doença Infectocontagiosa? Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Tem dor ou tensão na coluna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. Tem Alergias a medicamentos, alimentos ou outras substâncias? Especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Sim	Não	
20. Tem / teve problemas de:			_____
Fígado – Cirrose, hepatite, icterícia...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rim – Cálculo, infecção, Diálise...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sangue: Leucemia, anemia...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tireóide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estômago – Gastrite, hérnia de hiato, úlcera,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dificuldade para abrir a boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Febre reumática, reumatismo, probl. articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. Tem ou teve problemas de pulmão?			_____
Asma, bronquite, tuberculose, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. É fumante? Quantos cigarros/maços por dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
23. Tem hábitos como roer unhas, mascar chicletes, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
24. Está passando por estresse excessivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
25. Tem insônia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
26. Tem alterações orais?			
Sangramento gengival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aperta ou range os dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dor ou estalidos na ATM (perto do ouvido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mobilidade dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sensibilidade dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
27. Usa fio dental? Com que frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Usa enxaguatório bucal? Com que frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
29. Faz uso de cocaína, maconha ou outra droga? Especifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
30. Com que frequência escova os dentes? _____ Tipo de escova: _____			
31. Quando foi sua última visita ao dentista? _____			

Responsabilizo-me por todas as informações aqui contidas.

DATA: ____/____/____ Assinatura: _____

Todas as informações da ficha clínica são confidenciais e de uso exclusivo de nossa equipe.