

Ficha de Exame Clínico

PUCPR – O.R.T.O.D.O.N.T.I.A – Graduação e Pós-Graduação

Protocolo N°:.....

IDENTIFICAÇÃO

Nome:..... Idade:.....Nasc.:.....

Endereço:.....N°.....Ap:.....

Bairro:CEP:Cidade:.....

Telefones:

Escola.....Série:.....Turma:.....Período:.....

TIPO FACIAL

Braquifacial Mesofacial Dolicofacial Observação:.....

CONDIÇÃO DENTÁRIA

Boa Ruim Cáries Perdas prematuras Retenção prolongada

CLASSIFICAÇÃO DA MALOCCLUSÃO/OCCLUSÃO DENTÁRIA

Overjetmm *Overbite*.....mm Mordida cruzada anterior Mordida cruzada posterior Mordida aberta anterior Mordida aberta posterior Diastema inter-incisivos centrais superiores Diastema entre outros dentes Infra-oclusão de dentes decíduos Outros.....

Oclusão clinicamente normal Classe I Classe II, 1 Classe II, 1, subdivisão

Classe II, 2 Classe II, 2 subdivisão Classe III Classe III subdivisão

CONDIÇÃO FUNCIONAL

Selamento Labial: Sim Não Chupeta Dedo Qual/is.....

Respiração: nasal bucal mista Alergia: Não Sim Tipo de alergia:

.....Forma da arcada: Maxilar..... Mandibular.....

TRATAMENTO ORTODÔNTICO PRÉVIO

Não Sim Se sim, quando.....por quê.....por quanto tempo:..... Fixo

Removível. Exames complementares: Não Sim Completo Incompleto

INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO

Preventivo Interceptativo Corretivo Graduação Pós-Graduação

OBSERVAÇÕES

.....
.....

Data:.....Nome e assinatura do examinador:.....