

**PUCPR - O.R.T.O.D.O.N.T.I.A - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO**

**FICHA CLÍNICA**

<b>Nome do/a Paciente:</b>		<b>Número:</b>	
----------------------------	--	----------------	--

**1.0 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>1.1 Nome:</b>			
------------------	--	--	--

<b>1.2 Data de Nascimento:</b>		<b>Sexo:</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<b>Idade:</b>	
--------------------------------	--	--	---------------	--

<b>1.3 Peso:</b>		<b>Kg</b>	<b>Altura:</b>		<b>m</b>	<b>Cm</b>
------------------	--	-----------	----------------	--	----------	-----------

<b>1.4 R.G.:</b>		<b>C.P.F.:</b>		<b>Profissão:</b>	
------------------	--	----------------	--	-------------------	--

<b>1.5 Escolaridade:</b>		<b>Escola:</b>		<b>Indicação:</b>	
--------------------------	--	----------------	--	-------------------	--

<b>1.6 Endereço:</b>					
----------------------	--	--	--	--	--

<b>1.7 Cidade:</b>		<b>U.F.:</b>		<b>C.E.P.:</b>	
--------------------	--	--------------	--	----------------	--

<b>1.8 Fone Res:</b>		<b>Fone Cel.:</b>		<b>e-mail:</b>	
----------------------	--	-------------------	--	----------------	--

<b>1.9 Queixa Principal:</b>					
------------------------------	--	--	--	--	--

<b>1.10 Responsáveis:</b>					
---------------------------	--	--	--	--	--

<b>Nome:</b>		<b>Relação:</b>	
--------------	--	-----------------	--

<b>Ocupação:</b>		<b>Fone:</b>	
------------------	--	--------------	--

<b>Nome:</b>		<b>Relação:</b>	
--------------	--	-----------------	--

<b>Ocupação:</b>		<b>Fone:</b>	
------------------	--	--------------	--

**2.0 HISTÓRICO FAMILIAR**

<b>2.1 Nome do Pai:</b>		<b>Altura:</b>		<b>m</b>	<b>Cm</b>
-------------------------	--	----------------	--	----------	-----------

<b>2.2 Nome da Mãe:</b>		<b>Altura:</b>		<b>m</b>	<b>Cm</b>
-------------------------	--	----------------	--	----------	-----------

<b>2.3 Irmãos:</b>		<b>Altura:</b>		<b>m</b>	<b>Cm</b>
--------------------	--	----------------	--	----------	-----------

		<b>Altura:</b>		<b>m</b>	<b>Cm</b>
--	--	----------------	--	----------	-----------

<b>2.4 Irmãs:</b>		<b>Altura:</b>		<b>m</b>	<b>Cm</b>
-------------------	--	----------------	--	----------	-----------

		<b>Altura:</b>		<b>m</b>	<b>Cm</b>
--	--	----------------	--	----------	-----------

<b>2.5 Semelhança:</b>	<b>pai</b>	<b>mãe</b>	<b>avós</b>
------------------------	------------	------------	-------------

<b>2.6 Doenças na família</b>	<b>pai</b>	<b>mãe</b>	<b>avós</b>
-------------------------------	------------	------------	-------------

**3.0 HISTÓRICO MÉDICO**

<b>3.1 Condições anteriores de saúde:</b>					
---	--	--	--	--	--

<b>3.2 Condições atuais de saúde:</b>					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

<b>3.3 Medicações:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Qual:</b>	<b>Motivo:</b>
------------------------	------------	------------	--------------	----------------

<b>3.4 Hospitalização:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Motivo:</b>
----------------------------	------------	------------	----------------

3.5	Vacinações em dia:	Sim	Não	Outra:	
3.6	Alergias:	Sim	Não	Remédio:	
3.7	Ronca ao dormir:		Sim	Não	
3.8	Respira pela boca quando dorme:		Sim	Não	
3.9	Dificuldade em respirar pelo nariz:		Sim	Não	
3.10	Resfriados freqüentes:		Sim	Não	
3.11	Dor de garganta freqüente:		Sim	Não	
3.12	Obstruções nasais:		Sim	Não	
3.13	Cirurgia nasal:	Sim	Não	Quando:	Motivo
3.14	Adenóide:	Ausente	Presente	Normal	Aumentada
3.15	Cirurgia de amígdalas:	Sim	Não	Quando?	
3.16	Amamentação:	Seio	Tempo:	Mamadeira:	Tempo:
3.17	Encontra-se crescendo:		Sim	Não	
3.18	Encontra-se crescendo rapidamente:		Sim	Não	Quando?
3.19	Características sexuais secundárias		Sim	Não	Quando?
3.20	Menarca		Sim	Não	Quando?

#### 4.0 HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

4.1	Condições atuais de saúde bucal:				
4.2	Freqüência ao dentista:		Última visita:		
4.3	Coopera com tratamentos dentários:	Não	Sim		
4.4	Dores de dente:	Não	Sim	Quando:	
4.5	Orientação sobre escovação:	Não	Sim	Quando:	
4.6	Sangramento gengival:	Não	Sim	Local:	
4.7	Utiliza flúor regularmente:	Não	Sim	Tipo:	
4.8	Apresenta ruído e/ou dor na ATM:	Não	Sim	Tipo:	
4.9	Sofreu traumatismos nos dentes:	Não	Sim	Quando:	
	Tipo:				
4.10	Sofreu traumatismos na face:	Não	Sim	Quando:	
	Tipo:				
4.11	Usa ou usou chupeta:	Não	Sim	Quanto tempo:	
4.12	Hábito de chupar o dedo:	Não	Sim	Quanto tempo:	
4.13	Outros hábitos:				
4.14	Já realizou tratamento ortodôntico?	Não	Sim	Quando?	

## 5.0 EXAME CLÍNICO EXTRABUCAL

### 5.1 Exame Geral da Face

5.1.1	Tipo facial:	Mesofacial	Dolicofacial	Braquifacial
5.1.2	Plano mandibular:	Normoinclinado	Fortemente inclinado	Horizontal
5.1.3	Simetria facial:	Sim	Não	
5.1.4	Perfil facial total:	Reto	Convexo	Côncavo
5.1.5	Maxila:	Ortognata	Prognata	Retrognata
5.1.6	Mandíbula:	Ortognata	Prognata	Retrognata

### 5.2 Proporções faciais

5.2.1	Proporções verticais:	Proporcionais	Não Proporcionais
	1/3 superior	1/3 médio	1/3 inferior
		Aumentado	Diminuído
5.2.2	Relação Naso Intercantal:	Correta	Incorreta
5.2.3	Relação Íris Labial:	Correta	Incorreta

### 5.3 EXAME DA REGIÃO NASOLABIAL

5.3.1	Perfil Inferior da Face:	Reto	Convexo	Côncavo
5.3.2	Nariz:	Normal	Grande	Pequeno
5.3.3	Narinas:	Normais	Atrésicas	
5.3.4	Ângulo Nasolabial:	Normal	Aberto	Fechado
5.3.5	Lábio Superior:	Normal	Hipertônico	Hipotônico
5.3.6	Lábio Inferior:	Normal	Hipertônico	Hipotônico
5.3.7	Lábios em repouso:	Contato	Entreabertos	
5.3.8	Linha do sorriso	alta	baixa	
5.3.9	Sulco labiomentoniano:	Normal	Pronunciado	Ausente
5.3.10	Mento mole:	Normal	Pronunciado	Diminuído

## 6.0 EXAME CLÍNICO INTRABUCAL

### 6.1 Alterações de tecidos moles:

6.1.1	Fundo de vestibulo	Tipo:	
6.1.2	Bochechas	Tipo:	
6.1.3	Assoalho bucal	Tipo:	
6.1.4	Tonsilas palatinas	Tipo:	
6.1.5	Língua	Tipo:	
6.1.6	Palato duro e mole	Tipo:	

6.1.7	Gengiva	Tipo:	
6.1.8	Freios labiais	Tipo:	
Observações:			
6.1.9	Higiene:	Boa	Ruim Péssima
6.1.10	Forma da arcada dentária:	Parabólica	Atrésica Quadrada
		Semi-circular	Ovóide Outra
6.2	Dentição e Oclusão		
6.2.1	Odontograma	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65	
		18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
		85 84 83 82 81 71 72 73 74 75	
6.2.2	Dentição:	Decídua	Mista Permanente
6.2.3	Relação molar MIH:	Direita	Classe I Classe II Classe III
		Esquerda	Classe I Classe II Classe III
6.2.3	Relação molar RC:	Direita	Classe I Classe II Classe III
		Esquerda	Classe I Classe II Classe III
6.2.4	Relação canino MIH:	Direita	Classe I Classe II Classe III
		Esquerda	Classe I Classe II Classe III
6.2.4	Relação canino RC:	Direita	Classe I Classe II Classe III
		Esquerda	Classe I Classe II Classe III
6.2.5	Overjet:	MIH mm RC mm	
6.2.6	Overbite:	MIH % RC % MAA mm	
6.2.7	Classificação da Malocclusão:	Classe I	Classe II, divisão 1 Classe II, divisão 2 Classe III
		Subdivisão	Direita Esquerda
6.2.8	Linha mediana superior:	Não desviada	Desviada
		Direita	Esquerda mm
6.2.8	Linha mediana inferior MIH:	Não desviada	Desviada
		Direita	Esquerda mm
6.2.8	Linha mediana inferior RC:	Não desviada	Desviada
		Direita	Esquerda mm
6.2.9	Cruzamentos MIH:	Ausente	Presente
		Anterior	Posterior
		Direito	Esquerdo Bilateral

Cruzamentos RC:		Ausente		Presente				
		Anterior		Posterior				
		Direito		Esquerdo		Bilateral		
<b>6.2.10</b>	Perímetro da arcada superior:	Adequado		Excessivo		Deficiente		
	Perímetro da arcada inferior:	Adequado		Excessivo		Deficiente		
<b>6.2.11</b>	Curva de <i>Spee</i> :	Ausente		Suave		Exagerada	Reversa	
<b>6.2.12</b>	Palato:	Raso		Médio		Profundo		Ogival
<b>6.2.13</b>	Diastemas:	Ausentes		Presentes				
		Generalizados		Localizados		Local:		
<b>6.2.14</b>	Inserção do freio labial:	Normal		Patológico		Superior		Inferior

## 7 EXAMES FUNCIONAIS

<b>7.1</b>	Classificação da respiração:	Pred Nasal		Mista		Pred Bucal			
<b>7.2</b>	Classificação da fonação:	Normal				Atípica			
<b>7.3</b>	Classificação da deglutição:	Normal				Atípica			
<b>7.4</b>	ATM direita:	Normal		Alterada		Dor		<i>Click</i>	Crepitação
	ATM esquerda:	Normal		Alterada		Dor		<i>Click</i>	
<b>7.5</b>	Abertura máxima da boca:	Normal		Desvio		Direito		Esquerdo	
<b>7.6</b>	Interferências oclusais:	Ausentes		Presentes		Local:			
<b>7.7</b>	Lateralidade direita:	Canino				Grupo			
<b>7.7</b>	Lateralidade esquerda:	Canino				Grupo			

## 8 OBSERVAÇÕES: