



Especialização em  
**Saúde da Família**  
Universidade Federal de Pelotas

## SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

Data do ingresso no programa \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

A gestação é considerada de alto risco pela equipe médica ( ) Sim ( ) Não

Atividades coletivas (grupo) de saúde bucal ( ) Sim ( ) Não

Recebeu orientação coletiva: Prevenção de cárie dentária ( ) Sim ( ) Não | Prevenção doença periodontal ( ) Sim ( ) Não

Importância do atendimento odontológico durante o período de gestação ( ) Sim ( ) Não | Nutrição relacionada à saúde bucal ( ) Sim ( ) Não

	Consultas Odontológicas						
<b>Data</b>							
<b>Atividades clínicas individuais de saúde bucal</b>							
Primeira consulta odontológica programática (sim/não)							
Cárie dentária (sim/não)							
Risco de cárie dentária (A-F)							
Gengivite (tecido de proteção) (sim/não)							
Periodontite (tecido de suporte) (sim/não)							
Risco de doença periodontal (tecido proteção e suporte)							
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)							
Urgência odontológica (sim/não)							
Encaminhamento para serviço odontológico especializado (sim/não)							
Número estimado de consultas odontológicas							
Necessidade de atendimento odontológico logo após o parto (sim/não)							
Faltou a consulta odontológica agendada (sim ou não)							
Busca ativa da gestante faltosa (sim/não/não necessitou)							
Tratamento odontológico concluído (sim/não)							
Data prevista da consulta de retorno							
<b>Atividades preventivas individuais de saúde bucal</b>							
Orientação prevenção de cárie dentária (sim/não)							
Orientação prevenção da doença periodontal (sim/não)							
Orientação sobre a importância do atendimento odontológico durante o período de gestação (sim/não)							
Orientação nutricional relacionada à saúde bucal(sim/não)							

