



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)  |                         |  |  |  |  |  |  |

