



SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Data do ingresso no programa//	Número do prontuário:		Cartão SU	JS	
Nome completo:				Data de nascimento / /	
Endereço:			Telefones de contato:		
Nome da mãe:		Nome do pai:			
		• •			

Baixo risco	Risco moderado				Alto risco				
A: ausência de cavidade de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	A1: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de placa	A2: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite			C: uma ou mais de cárie inativa, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	cavidades de cárie inativa, com placa/	cavidade de cárie,	cavidades de cárie ativa	F: presença de dor e/ou abscesso

Escolares 6 a 12 anos de idade – consulta – UBS						
Data						
Nome do profissional						
Idade						
Orientação sobre higiene? S/N						
Orientação prevenção cárie S/N						
Apresenta história de cárie? S/N						
Apresenta placa visível? S/N						
Apresenta gengivite? S/N						
Apresenta cárie tratada? S/N						
Mancha Branca? S/N						
Cavidade inativa? S/N						
Cavidade ativa? S/N						
Risco de cárie dentária (A – F)						
Tem necessidade de fluorterapia adicional? S/N						
Tem necessidade de tratamento? S/N						
Número estimado de consultas de retorno?						
Aplicação flúor tópico? S/N						
Data próxima consulta						
Faltou a consulta? S/N						
Foi realizada busca ativa? S/N						
Tratamento concluído? S/N						