Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR

Data do ingresso no programa ___ / ___ /__ __ __ __ Número do prontuário: _____ _____ _____Cartão SUS _____
Nome completo: _____Data de nascimento __ /__ /_____
Endereço: _____ _____ Telefones de contato: _____ / _____
Nome da mãe: _____Nome do pai:_____

Consulta odontológica na UBS								
Data								
Idade (meses)								
Avaliação clínica individual (ver quadro)								
Relação maxilo-mandibular (compatível/alterada/não se aplica)								
Lábios e mucosas (normal/alterado)								
Freios linguais e labiais (normal/alterado/não se aplica)								
Língua (normal/alterada)								
Presença de cárie dentária (sim/não/não se aplica)								
Classificação do risco para cárie dentária (A, B ou C)								
Presença de gengivite (sim/não/não se aplica)								
Presença de maloclusão (sim/não/não se aplica)								
Caracterização das consultas (ver quadro)								
Primeira consulta odontológica programática (sim/não/não se aplica)								
Urgência odontológica (sim/não)								
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)								
Encaminhamento para serviço odontológico especializado (sim/não)								
Número estimado de consultas odontológicas no plano de tratamento								
Faltou a consulta odontológica agendada (sim/não)								
Realizou busca ativa (sim/não/não necessitou)								
Tratamento odontológico concluído (sim/não)								
Data prevista da consulta de retorno								
Atividades preventivo-educativas individuais (ver quadro)								
Orientação sobre amamentação/alimentação complementar (sim/não)								
Orientação sobre alimentação/uso de açúcar (sim/não)								
Orientação sobre limpeza bucal/escovação (sim/não)								
Orientação sobre prevenção de cárie dentária (sim/não)								
Orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (sim/não)								
Orientação cronologia de erupção dentária (sim/não)								
Orientação sobre trauma dentário (sim/não)								
Orientação sobre uso de fluoretos (sim/não)								
Aplicação tópica de verniz fluoretado (sim/não)								
Assinatura do profissional								