Ficha de Anamnese Odontológica

Clínica / Consultório: _____

Data: ____/____/20____

1. Identificação do Paciente

Nome completo: _____ **Data nasc.:** ___/___/_____

CPF: _____ **Telefone / WhatsApp:** _____ **Profissão:** _____

Endereço: _____ **Contato de emergência:** _____

2. Queixa Principal

_____

_____

3. Histórico Médico Geral

Está em tratamento médico atualmente? Qual? _____	☐ Sim ☐ Não
Faz uso contínuo de medicamentos? Quais? _____	☐ Sim ☐ Não
Possui alergia a medicamentos, anestésicos ou látex? Qual? _____	☐ Sim ☐ Não
Tem hipertensão (pressão alta) ou problemas cardíacos?	☐ Sim ☐ Não
Tem diabetes ou alterações na tireoide?	☐ Sim ☐ Não
Possui distúrbios de coagulação ou sangramento excessivo?	☐ Sim ☐ Não
Já passou por cirurgias ou internações recentes? Qual? _____	☐ Sim ☐ Não
É gestante ou está amamentando? Semanas: _____	☐ Sim ☐ Não
É fumante ou consome bebidas alcoólicas com frequência?	☐ Sim ☐ Não

4. Histórico Odontológico

Já teve reação adversa ou mal-estar com anestesia odontológica?	☐ Sim ☐ Não
Sente sangramento gengival ao escovar ou usar fio dental?	☐ Sim ☐ Não
Sente dor na mandíbula, estalos na ATM ou range os dentes (bruxismo)?	☐ Sim ☐ Não
Tem sensibilidade dentária ao frio, calor ou doces?	☐ Sim ☐ Não

Declaro que as informações acima são verdadeiras e estou ciente de que a omissão de dados sobre minha saúde pode comprometer a segurança do tratamento odontológico.

_____ _____

Assinatura do Paciente / Responsável | Cirurgião-Dentista (CRO)