



@projeto maiovermelho

MAIO 2023

MÊS ESTADUAL DE LUTA CONTRA O CÂNCER BUCAL
SAÚDE BUCAL – PMPA

EXAME Nº _____
Data do exame _____
Responsável exame _____
US _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
CPF OU CNS _____
Sexo: ___ Cor: _____ Data Nasc.: ___/___/___
Cidade: _____

Ocupação: _____
atual ou anterior (se aposentado)
HISTÓRIA MÉDICA doenças/condições atuais e anteriores/alergias/acidentes/medicamentos

HÁBITOS

Fumo

() não () sim () ex-fumante. Parou há ___ anos
Quantidade: ___ cigarros/dia Duração: ___ anos
TIPO DE TABACO () cigarro comum () palheiro/fumo
() eletrônico () narguilé () outro _____

Álcool

() não () sim () Parou de beber há ___ anos
() cerveja () vinho () destilados
() diária () semanal () mensal () raro

Exposição solar

() não () sim Uso de protetor () não () sim

Outros

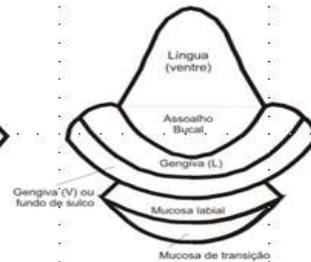
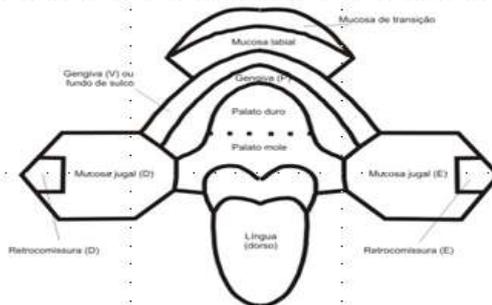
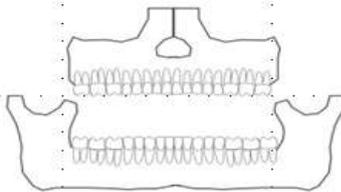
() chimarrão () sexo sem proteção
() outras drogas

EXAME FÍSICO

AUSÊNCIA DE DENTES	() não () sim	() Superior () parcial () total () Inferior () parcial () total
USO DE PRÓTESES MÓVEIS	() não () sim	() PPR - () Superior () Inferior () PT - () Superior () Inferior Condições: () satisfatória () desgastada/fraturada
HIGIENE BUCAL	() satisfatória () regular () ruim	
NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	() não () sim orientado a buscar US	

Exame Físico:

() intra-óssea () extra-óssea



Lesões (DESENHAR NO ESQUEMA ACIMA, COM ATENÇÃO PARA O TAMANHO E LOCALIZAÇÃO)

	Lesão fundamental	Tamanho cm x cm	Cor	Sintoma(s)	Tinha notado?	Diagnóstico/ conduta
Lesão 1					() não () sim	
Lesão 2					() não () sim	
Lesão 3					() não () sim	

Encaminhamento : Foi realizada consultoria com estomatologia? () ESTOMATONET () 0800 () Whats () Não

Foi encaminhado via GERCON? () sim () não Fotos enviadas? () sim () não

PACIENTE: Declaro que fui informado e orientado a respeito do meu estado de saúde bucal e que autorizo a utilização das imagens e informações a respeito do meu exame de forma anônima, em atividade de ensino e pesquisa.

Assinatura: _____