



ALUNO:	BOX:	DENTE:	F.M.:
--------	------	--------	-------

PACIENTE:	IDADE:	
PRONTUÁRIO:	PROF:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ENDEREÇO:	TEL.:	

**ANAMNESE**

HISTÓRIA PREGRESSA:			
HISTÓRIA ATUAL:			
QUEIXA PRINCIPAL:			
MEDICAMENTOS EM USO:			
RESTRIÇÃO / DOENÇA SISTÊMICA:			
ALERGIAS SUBS. QUÍMICAS / MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUAIS:

**EXAME CLÍNICO**

<input type="checkbox"/> EDEMA	<input type="checkbox"/> EXTRA-ORAL	<input type="checkbox"/> INTRA-ORAL	<input type="checkbox"/> FÍSTULA
<input type="checkbox"/> CÁRIE	<input type="checkbox"/> RESTAURAÇÃO	<input type="checkbox"/> APOIO PRÓTESE	<input type="checkbox"/> MOBILIDADE
SONDAGEM PERIODONTAL;	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> BOLSA	PROFUNDIDADE:
PALPAÇÃO APICAL:	<input type="checkbox"/> POSITIVA	<input type="checkbox"/> NEGATIVA	
PERCUSSÃO HORIZONTAL:	<input type="checkbox"/> POSITIVA	<input type="checkbox"/> NEGATIVA	
PERCUSSÃO VERTICAL:	<input type="checkbox"/> POSITIVA	<input type="checkbox"/> NEGATIVA	

**TESTES DE SENSIBILIDADE**

GÁS REFRIGERANTE	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO
DECLÍNIO	<input type="checkbox"/> RÁPIDO	<input type="checkbox"/> LENTO
CALOR	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO
DECLÍNIO	<input type="checkbox"/> RÁPIDO	<input type="checkbox"/> LENTO
ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO

**EXAME RADIOGRÁFICO**

COROA:
CANAL(IS) RADICULAR(ES):
PERIODONTO APICAL:
<b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO PROVÁVEL:</b>

<b>TRATAMENTO:</b>	<input type="checkbox"/> PULPECTOMIA	<input type="checkbox"/> PENETRAÇÃO DESINFETANTE	<input type="checkbox"/> RETRATAMENTO
--------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

**ODONTOMETRIA**

CANAL	Referência	CAD	CRI	X	CRD	Confirmação	CRT	1º. Instr.	últ. Instr.	P.A.

DATA	INTERVENÇÃO	VISTO	OBS.: