

		CURSO DE ODONTOLOGIA DISCIPLINA DE ENDODONTIA				FICHA CLÍNICA				
ALUNO:						BOX:		DENTE:		
DATA INÍCIO: / /			DATA TÉRMINO: / /			PROF.:				
PACIENTE:						IDADE:		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				
EXAME RADIOGRÁFICO										
COROA:										
CANAL(IS) RADICULAR(ES):										
PERIODONTO APICAL:										
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			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO PROVÁVEL:										
TRATAMENTO:		<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.:		