

# AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO E EXTRAÇÕES DENTÁRIAS

## I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Local: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo ( )M ; ( )F  
Nome do pai: \_\_\_\_\_ Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

## II - ANAMNESE

01. Nome do médico: \_\_\_\_\_
02. Quando foi o seu último exame físico completo? \_\_\_\_\_
03. Você está sob cuidados médicos? ( )sim; ( )não. Porque? \_\_\_\_\_
04. Você está tomando medicamentos? ( )sim; ( )não. Para que? \_\_\_\_\_
05. É alérgico a algum medicamento ou substância? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
06. Tem algum problema com a Penicilina, os antibióticos, anestésicos ou outros medicamentos? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
07. Se você é mulher, está grávida ou crê que possa estar? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
08. Está sendo tratado por enfermidades cardíacas ou lhe foi dito que poderia padecer delas ? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
09. Sofre de sopro no coração? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
10. Teve alguma enfermidade ou operação grave? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
11. Tem pressão ALTA ou pressão BAIXA? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
12. Sofre de enfermidades inflamatórias como Artrite ou Reumatismo? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
13. Tem alterações no sangue como Anemia, Leucemia? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
14. Sangrou excessivamente ao cortar-se ou ferir-se? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
15. Tem algum problema estomacal ? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
16. Tem problemas Renais? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
17. Tem problemas Hepáticos? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
18. É Diabético? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
19. Sofre de Asma? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
20. Tem Epilepsia ou ataques nervosos? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
21. Tem ou teve alguma doença venérea? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
22. Foi lhe diagnosticado HIV positivo? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
23. Teve Hepatite ou tem anticorpos contra essa enfermidade? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
24. Tem ou teve Tuberculose? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
25. Consome bebida alcoólica? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
26. Utiliza substância controladas? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
27. Tem alguma enfermidade ou problema não mencionada aqui? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
28. Há algo que devemos saber sobre a sua saúde? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não
29. Quando foi feito o último tratamento odontológico? \_\_\_\_\_ ( )sim; ( )não

Assinatura: \_\_\_\_\_

Naviraí, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_