

**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**  
**CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF**  
**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**

**PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**

(Identificação do Profissional)

NOME DO PROFISSIONAL

CIRURGIÃO-DENTISTA

CROSP N° \_\_\_\_\_

Endereço completo

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

Prontuário n° \_\_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_

RG. n°. \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_

CPF n°. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial \_\_\_\_\_

Endereço Profissional \_\_\_\_\_

Indicado por \_\_\_\_\_

Convênio \_\_\_\_\_ N° de Inscrição \_\_\_\_\_

CD. anterior \_\_\_\_\_ Atendido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO**

Nome \_\_\_\_\_

RG. n°. \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ CPF n°. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Cônjuge \_\_\_\_\_

RG. n°. \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ CPF n°. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**  
**CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF**  
**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**  
**ANAMNESE**

Está tomando algum medicamento? |  Sim |  Não

Quais (posologia e dose)? \_\_\_\_\_

Tem algum tipo de alergia? |  Sim |  Não |  Não Sei

Qual? \_\_\_\_\_

Sua pressão é: |  Normal |  Alta |  Baixa |  Controlada com medicamento

Tem ou teve algum problema de coração? |  Sim. Qual? \_\_\_\_\_ |  Não

Sente falta de ar com frequência? |  Sim |  Não

Tem diabetes? |  Sim |  Não |  Não Sei

Quando se corta há um sangramento |  Normal |  Excessivo

Sua cicatrização é: |  Normal |  Complicada

Já fez alguma cirurgia? |  Sim |  Não

Gestante? |  Sim |  Não |  Não Sei (Semanas: \_\_\_\_\_)

Problemas de saúde que já teve:

\_\_\_\_\_

**Queixa principal:** \_\_\_\_\_

Já teve alguma reação com anestesia dental? |  Sim |  Não

Qual? \_\_\_\_\_

Quando foi seu último tratamento dentário?

\_\_\_\_\_

Tem sentido alguma dor nos dentes ou na gengiva? |  Sim |  Não

Sua gengiva sangra? |  Sim |  Não |  Durante a higiene |  às vezes

Tem sentido gosto ruim na boca ou boca seca? |  Sim |  Não

Quantas vezes escova os dentes por dia? \_\_\_\_\_ vezes/dia

Usa fio dental? |  Diariamente |  às vezes

Sente dores ou estalos no maxilar ou no ouvido? |  Sim |  Não

Range os dentes de dia ou de noite? |  Sim |  Não

Já teve alguma ferida ou bolha na face ou nos lábios? |  Sim |  Não

Fuma? |  Sim |  Não Quantidade: \_\_\_\_\_

Declaro para fins de direito que as informações acima prestadas são verdadeiras.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável legal

**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**  
**CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF**  
**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**  
**ANAMNESE DIRECIONADA**

**Queixa Principal:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Localização:** ( ) ATM ( ) face ( ) cabeça ( ) unilateral ( ) bilateral ( ) pescoço ( ) outro

**Qualidade:** ( ) apertada ( ) queima ( ) profunda ( ) pulsátil ( ) choque ( ) outra \_\_\_\_\_

**Duração:** ( ) poucos segundos ( ) horas ( ) contínua

**Início:** ( ) até 1 semana ( ) até 1 mês ( ) até 6 meses ( ) até 1 ano ( ) + de 1 ano \_\_\_\_\_

**Intensidade:** ( ) incapacitante ( ) severa ( ) moderada ( ) leve ( ) incômodo

**Frequência:** ( ) diária ( ) 1x/ semana ( ) 1x/ mês ( ) constante ( ) esporádica ( ) após função.  
Qual? \_\_\_\_\_

**Como ela aparece?** ( ) espontânea ( ) provocada. Como? \_\_\_\_\_

**Piora dos sintomas:** ( ) mastigação ( ) fala ( ) stress ( ) frio ( ) calor ( ) outros \_\_\_\_\_

**Melhora dos sintomas:** ( ) descanso ( ) massagem ( ) medicação ( ) outros \_\_\_\_\_

**Horário da pior dor:** ( ) manhã ( ) final do dia ( ) após função ( ) outros \_\_\_\_\_

**Acorda por causa da dor?** ( ) SIM ( ) NÃO                      **Acorda com dor?** ( ) SIM ( ) NÃO

**Eventos relacionados ao início:** ( ) trauma ( ) tratamento odontológico ( ) stress ( ) abertura excessiva ( ) outros \_\_\_\_\_

**Em relação a sua queixa:**

Já procurou algum profissional da saúde? ( ) NÃO ( ) SIM. Qual? \_\_\_\_\_

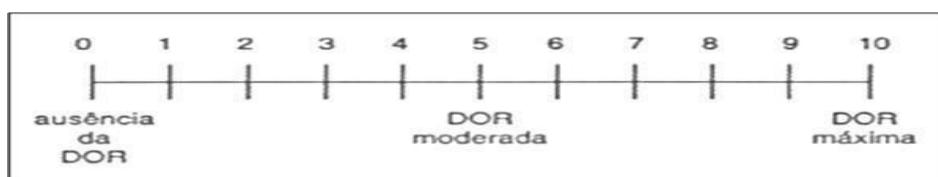
Há quantos tratamentos foi submetido? \_\_\_\_\_

O que deixou de fazer por causa desta queixa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Neste momento, sente alguma dor? ( ) SIM ( ) NÃO

**(Profissional) Escala Numérica e Visual de Dor (EVA):** \_\_\_\_\_



**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**  
**CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF**  
**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**

**Queixa 2:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Localização:** ( ) ATM ( ) face ( ) cabeça ( ) unilateral ( ) bilateral ( ) pescoço ( ) outro \_\_\_\_\_

**Qualidade:** ( ) apertada ( ) queima ( ) profunda ( ) pulsátil ( ) choque ( ) outra \_\_\_\_\_

**Duração :** ( ) poucos segundos ( ) horas ( ) contínua

**Início:** ( ) até 1 semana ( ) até 1 mês ( ) até 6 meses ( ) até 1 ano ( ) + de 1 ano \_\_\_\_\_

**Intensidade:** ( ) incapacitante ( ) severa ( ) moderada ( ) leve ( ) incômodo

**Frequência:** ( ) diária ( ) 1x/semana ( ) 1x/ mês ( ) constante ( ) esporádica ( ) após função.

Qual ? \_\_\_\_\_

**Piora dos sintomas:** ( ) mastigação ( ) fala ( ) stress ( ) frio ( ) calor ( ) outros \_\_\_\_\_

**Melhora dos sintomas:** ( ) descanso ( ) massagem ( ) medicação ( ) outros \_\_\_\_\_

**Horário da pior dor:** ( ) manhã ( ) final do dia ( ) após função ( ) outros \_\_\_\_\_

**Acorda por causa da dor ?** ( ) Sim ( ) Não

**Acorda com dor ?** ( ) Sim ( ) Não

**Eventos relacionados ao início:** ( ) trauma ( ) tratamento odontológico ( ) stress

( ) abertura excessiva ( ) outros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Em relação a sua queixa:**

Já procurou algum profissional da saúde ? ( ) NÃO ( ) SIM. Qual ? \_\_\_\_\_

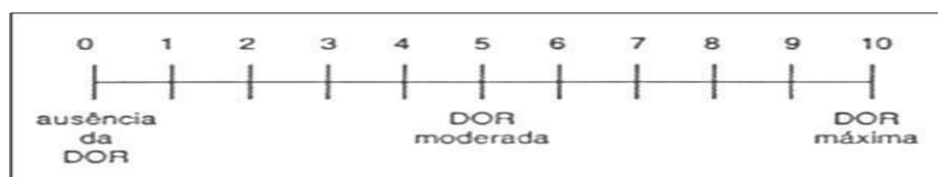
Há quantos tratamentos foi submetido ? \_\_\_\_\_

O que deixou de fazer por causa desta queixa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Neste momento, sente alguma dor ? ( ) SIM ( ) NÃO

**(Profissional) Escala Numérica e Visual de Dor (EVA) :** \_\_\_\_\_





# SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

## CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF

### CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO

#### História - Questionário

1- Como você classifica sua saúde geral ? ( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Razoável  
( ) Precária

2- Você diria que sua saúde oral em geral é: ( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Razoável  
( ) Precária

**3- Se mulher**, está grávida ? ( ) SIM. Quantas semanas ? \_\_\_\_\_ ( ) NÃO

( ) No climatério ( ) Em menopausa

4- Você está ou esteve em tratamento médico recentemente ? ( ) NÃO ( ) SIM. Quais ?  
\_\_\_\_\_

**5- Tem ou teve:** ( ) amigdalite ( ) asma ( ) bronquite ( ) sinusite ( ) rinite alérgica ( )  
cefaléia ( ) enxaqueca ( ) diabetes ( ) pressão alta (HAS) ( ) coração ( ) derrame (AVC) ( )  
gastrite

( ) refluxo ( ) depressão ( ) doença renal (rins) ( ) psoríase ( ) lúpus ( ) artrite reumatóide

( ) artrose ( ) gota ( ) tendinite ( ) anemia ( ) dengue/ zika/ chikungunya ( ) febre

reumática ( ) febre amarela ( ) hanseníase ( ) herpes- zóster (cobreiro)

( ) tiróide ( ) Parkinson ( ) fibromialgia ( ) infecções ( ) câncer

( ) outra \_\_\_\_\_

Alguém da sua família (avós, pais, irmãos, primos,...) apresentou ou apresenta algum dos  
problemas acima ou outros ? ( ) SIM ( ) NÃO

\*Se **SIM**, quais/Grau de parentesco ? \_\_\_\_\_

**6- Atualmente está em tratamento médico ?** ( ) SIM ( ) NÃO

\*Se **SIM**, para quais ? \_\_\_\_\_

Medicamentos ( finalidade/nome/ dose/ posologia): \_\_\_\_\_

7- Faz uso de chás / fitoterapia/ suplementos ? ( ) SIM ( ) NÃO

\*Se **SIM**, quais/ finalidade ? \_\_\_\_\_

#### 8- História médica

Infecções: \_\_\_\_\_

Doenças cardiovasculares: \_\_\_\_\_

Doenças hematológicas: \_\_\_\_\_

Doenças respiratórias: \_\_\_\_\_

Doenças do sistema digestório: \_\_\_\_\_

Doença urogenital: \_\_\_\_\_

Doenças neurológicas: \_\_\_\_\_

Doenças do metabolismo: \_\_\_\_\_

Doenças reumatológicas: \_\_\_\_\_

Alterações hormonais: \_\_\_\_\_

Alterações musculoesqueléticas: \_\_\_\_\_

Alteração comportamental ou psiquiátrica: \_\_\_\_\_

Câncer: \_\_\_\_\_

Alergias/

Intolerâncias: \_\_\_\_\_

# SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

## CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF

### CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO

Distúrbios otológicos: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

Anestesia geral: \_\_\_\_\_

9- Você já teve dor na face, nos maxilares, têmporas, na frente do ouvido, ou no ouvido, no mês passado ? ( ) SIM ( ) NÃO

10.a- Alguma vez teve travamento na articulação ( atm) de forma que não foi possível abrir totalmente a boca ? ( ) SIM ( ) NÃO

\*Se **SIM**: a- O travamento foi com a boca aberta ? ( ) ou fechada ? ( )

b- Esta limitação de abertura de boca foi severa a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar ? ( ) SIM ( ) NÃO

11- Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca ? ( ) SIM ( ) NÃO

\*Se **SIM**: quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve barulho na frente do ouvido, como se fosse osso contra osso ? ( ) SIM ( ) NÃO

12- Você já percebeu ou alguém falou que você range ou aperta os dentes quando está dormindo ?

( ) SIM ( ) NÃO

13- Durante o dia, você range ou aperta os dentes ? ( ) SIM ( ) NÃO

14- Você sente a sua boca/ mandíbula cansada ou dolorida quando acorda de manhã ?

( ) SIM ( ) NÃO

15- Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos ? ( ) SIM ( ) NÃO

\*Se **SIM**: foi avaliado por médico otorrinolaringologista ? ( ) SIM ( ) NÃO

16- Quando seus dentes se encostam ou encaixam, você sente que é desconfortável ou diferente ?

( ) SIM ( ) NÃO

17- Você tem artrite reumatóide, lúpus ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações do seu corpo ? ( ) SIM ( ) NÃO

\*Se **SIM**: sabe se mais alguém na sua família (avós, pais, irmãos, etc...) teve ? ( ) SIM ( ) NÃO

18- Você já teve, ou tem, alguma articulação que fica dolorida ou incha sem ser a articulação perto do ouvido (atm) ? ( ) SIM ( ) NÃO

\*Se **SIM**: a dor ou inchaço que você sente nessa articulação apareceu várias vezes nos últimos 12 meses ? ( ) SIM ( ) NÃO

19- Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula ou no queixo ? ( ) SIM ( ) NÃO

20- A sua dor na face ( em locais como a região das bochechas/ maxilares, nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido) já existia antes da pancada ou trauma ? ( ) SIM ( ) NÃO

21- Durante os últimos 6 meses você teve cefaléia ou enxaqueca ? ( ) SIM ( ) NÃO

\*Se **SIM**: foi avaliado por médico neurologista ? ( ) SIM ( ) NÃO

**22 -Hábitos:** ( ) Fumo ( ) Onicofagia ( ) Morder língua/ bochecha/ lábios ( ) Mascar chicletes ( ) Mastigar gelo/ bala dura ( ) Morder caneta/ outro objeto ( ) Língua entre dentes quando em repouso/ concentrado ( ) Apoiar mão em mento ( ) Apoiar mão em face ( ) Uso contínuo de celular ( ) Uso contínuo de computador ( ) Outros \_\_\_\_\_

**23- Respiração:** ( ) Nasal ( ) Bucal ( ) Mista ( ) Apical ( ) Diafragmática

**24- Postura ao dormir:** ( ) Decúbito dorsal ( ) Decúbito dorsal com braço/travesseiro alto apoiando a cabeça ( ) Decúbito lateral ( ) Decúbito lateral com mão/ braço apoiando a face ( ) Decúbito ventral

# SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

## CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF

### CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO

**25- Sono:** ( ) Reparador ( ) Não reparador ( ) Sonolência diurna excessiva ( ) Dificuldade em iniciar ou manter o sono ( ) Insônia ( ) Sono leve ( ) Acorda durante o sono ( ) Fala dormindo ( ) Sonhos vívidos/ pesadelos ( ) Pernas inquietas ( ) Ronco ( ) Apnéia ( ) Range os dentes ( ) Outros \_\_\_\_\_

a- Dorme em média quantas horas/ noite ? \_\_\_\_\_ Dorme às \_\_\_\_\_ E acorda às \_\_\_\_\_

Aos fins de semana/ folgas ? \_\_\_\_\_

b- Faz uso de medicação ? Qual ? \_\_\_\_\_

c- Faz uso de placa de mordida ? \_\_\_\_\_

d- Faz uso de aparelho para ronco ? CPAP ? \_\_\_\_\_

e- Outras anotações importantes: \_\_\_\_\_

**26- Comportamental:** (Assinalar) Nas últimas 4 semanas como tem se sentido ?

( ) Tranquilo ( ) Calmo ( ) Ativo ( ) Alegre ( ) Contente ( ) Animado ( ) Ansioso ( ) Triste

( ) Deprimido ( ) Está sob estresse ( ) Angustiado ( ) Preocupado ( ) Desanimado

( ) Irritado ( ) Cansado ( ) Falta de energia ( ) Solitário ( ) Alteração no sono ( ) Dificuldade

para dormir ( ) Vontade de ficar só dormindo ( ) Fadiga ( ) Dolorido ( ) Fraqueza

( ) Alteração de peso ( ) Comendo demais ( ) Perda de apetite ( ) Falta de concentração ( )

Alteração em memória ( ) Perda de interesse em atividades que antes eram prazerosas

( ) Pensamentos perturbadores ( ) Sensação de peso no corpo ou parte dele

a- Os itens assinalados acima prejudicam o seu bem estar e o seu dia a dia

? \_\_\_\_\_

b- Teve alguma mudança de vida recente ? ( por ex.: emprego, familiar, pessoal,..)

\_\_\_\_\_

b- O que você acha que é a causa do seu problema ? \_\_\_\_\_

c- Procurou ajuda profissional ? \_\_\_\_\_

27- Comportamento durante a consulta: \_\_\_\_\_

28- **Atividade Física :** Pratica alguma atividade física ? \_\_\_\_\_

29- **Lazer:** O que faz em seu tempo livre / de lazer ? \_\_\_\_\_

### EXAME CLÍNICO

**1- Face:** ( ) Assimetria Facial ( ) Prognatismo ( ) Retrognatismo ( ) Laterognatismo D / E

**2- Desdentado Total** ( ) Sup/ Inf Prótese ? S/N

**Desdentado Parcial** ( ) Sup/ Inf Prótese ? S/N Lateral/ Anterior ? \_\_\_\_\_

**Perda de DVO** ( ) SIM ( ) NÃO

**3- Mordida Aberta** ( ) Anterior / Posterior

**Mordida Cruzada** ( ) Anterior/ Posterior - Bilateral/ Unilateral D/E

**Sobremordida Profunda** ( )

**4- Tratamentos dentários extensos:** ( ) Reabilitação protética/ implantes ( ) Ortodontia

( ) Cirurgia ( ) Ajuste oclusal

**5- Você tem dor em que lado de sua face ?** ( ) Nenhum ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos

**6- Aponte onde sente dor:**

**Direito:** ( ) Nenhuma ( ) Articulação ( ) Músculos ( ) Ambos

**Esquerdo:** ( ) Nenhuma ( ) Articulação ( ) Músculos ( ) Ambos

**7- Teste Funcional**

**a- Teste muscular** (até 1 minuto)



**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**  
**CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF**  
**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**

**Direito** ( ) sem dor ( ) com dor ( ) dor familiar

Local: \_\_\_\_\_

**Esquerdo** ( ) sem dor ( ) com dor ( ) dor familiar

Local: \_\_\_\_\_

**b- Teste articular** (até 15 seg)

**Direito** ( ) sem dor ( ) com dor ( ) dor familiar

Local: \_\_\_\_\_

**Contra-teste lado esquerdo Alívio** ( ) SIM ( ) NÃO

**Esquerdo** ( ) sem dor ( ) com dor ( ) dor familiar

Local: \_\_\_\_\_

**Contra-teste lado direito Alívio** ( ) SIM ( ) NÃO

**8- Padrão de Abertura:**

( ) Reto

( ) Desvio lateral direito (não corrigido)

( ) Desvio lateral direito corrigido ("S")

( ) Desvio lateral esquerdo (não corrigido)

( ) Desvio lateral esquerdo corrigido ("S")

( ) Outro tipo \_\_\_\_\_

**9- Extensão de movimento vertical**

Incisivo superior utilizado 11 / 21

**a- Abertura sem auxílio e sem dor:** \_\_\_\_ mm

**b- Abertura máxima sem auxílio:** \_\_\_\_ mm

Dor Muscular ( ) Nenhuma ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos

Dor Articular ( ) Nenhuma ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos

**c- Abertura máxima com auxílio:** \_\_\_\_ mm

Dor Muscular ( ) Nenhuma ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos

Dor Articular ( ) Nenhuma ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos

**d- Trespasse vertical:** \_\_\_\_ mm

**10- Ruídos articulares (palpação)**

**a- Abertura**

**Direito** ( ) Nenhum ( ) Estalido ( ) Crepitação grosseira ( ) Crepitação fina

**Esquerdo** ( ) Nenhum ( ) Estalido ( ) Crepitação grosseira ( ) Crepitação fina

**b- Fechamento**

**Direito** ( ) Nenhum ( ) Estalido ( ) Crepitação grosseira ( ) Crepitação fina

**Esquerdo** ( ) Nenhum ( ) Estalido ( ) Crepitação grosseira ( ) Crepitação fina

**c- Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva**

**Direito** ( ) Sim ( ) NÃO ( ) NA

**Esquerdo** ( ) Sim ( ) NÃO ( ) NA

**11- Excursões**

**a- Excursão lateral direita** \_\_\_\_ mm

**Dor muscular** ( ) Nenhuma ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos

**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**  
**CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF**  
**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**

**Dor articular** ( ) Nenhuma ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos

**b- Excursão lateral esquerda** \_\_\_ mm

**Dor muscular** ( ) Nenhuma ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos

**Dor articular** ( ) Nenhuma ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos

**c-Protrusão** \_\_\_ mm

**Dor muscular** ( ) Nenhuma ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos

**Dor articular** ( ) Nenhuma ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Ambos

**d- Desvio de linha média** \_\_\_ mm ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) NA

**12- Ruídos articulares nas excursões**

**Ruídos direito**

**a- Excursão direita** ( ) Nenhum ( ) Estalido ( ) Crepitação grosseira ( ) Crepitação fina

**b- Excursão esquerda** ( ) Nenhum ( ) Estalido ( ) Crepitação grosseira ( ) Crepitação fina

**c- Protrusão** ( ) Nenhum ( ) Estalido ( ) Crepitação grosseira ( ) Crepitação fina

**Ruídos esquerdo**

**a- Excursão direita** ( ) Nenhum ( ) Estalido ( ) Crepitação grosseira ( ) Crepitação fina

**b- Excursão esquerda** ( ) Nenhum ( ) Estalido ( ) Crepitação grosseira ( ) Crepitação fina

**c- Protrusão** ( ) Nenhum ( ) Estalido ( ) Crepitação grosseira ( ) Crepitação fina

**13- Palpação da atm, músculos mastigatórios e de região cervical**

**DOR MUSCULAR EXTRA ORAL COM PALPAÇÃO**

**DIREITA**

**ESQUERDA**

---

**m. TEMPORAL POSTERIOR** (1,0 Kg)

---

**m. TEMPORAL MÉDIO** (1,0 Kg)

---

**m. TEMPORAL ANTERIOR** (1,0 Kg )

---

**m. MASSETER SUPERIOR** (1,0 kg)

---

**m. MASSETER MÉDIO** (1,0 Kg)

---

**m. MASSETER INFERIOR** (1,0 Kg)

---

**DOR MUSCULAR EXTRA ORAL COM PALPAÇÃO**

**DIREITA**

**ESQUERDA**

---

**REGIÃO MANDIBULAR POSTERIOR** (estilohioideo/ região posterior do músculo digástrico) (0,5 Kg) Mandíbula/ região de garganta (área entre a inserção do m. esternocleidomastoideo e bordo posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo

**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**  
**CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF**  
**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**

da mandíbula)

---

**REGIÃO SUBMANDIBULAR** (pterigóideo medial/ supra hióideo/  
região anterior do m. digástrico) (0,5Kg) abaixo da mandíbula (2 cm a  
frente ao ângulo da mandíbula)

---

---

<b>DOR ARTICULAR COM PALPAÇÃO</b>	<b>DIREITA</b>	<b>ESQUERDA</b>
-----------------------------------	----------------	-----------------

---

**ATM - POLO LATERAL** (0,5 Kg)

---

**LIGAMENTO POSTERIOR** (0,5 kG) Interior da orelha (paciente com  
boca fechada, pressione o dedo na direção anterior e medial)

---

---

<b>DOR MUSCULAR INTRAORAL COM PALPAÇÃO</b>	<b>DIREITA</b>
<b>ESQUERDA</b>	

---

**ÁREA DO m. PTERIGÓIDEO LATERAL** (0,5 KG) (Atrás dos molares  
superiores, coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do  
último molar superior. Mova o dedo para área distal, para cima e em  
seguida para medial para palpar)

---

**TENDÃO DO m. TEMPORAL** (0,5 KG) Tendão (com o dedo sobre a  
borda anterior do processo coronóide. mova-o para cima. Palpe  
a área mais superior do processo)

---

---

<b>DOR MUSCULAR COM PALPAÇÃO</b>	<b>DIREITA</b>
<b>ESQUERDA</b>	

---

**m. ESTERNOCLEIDOMASTÓIDEO SUPERIOR**

---

**m. ESTERNOCLEIDOMASTÓIDEO MÉDIO**

---

**m. ESTERNOCLEIDOMASTÓIDEO INFERIOR**

---

**m. ESPLÊNIO CERVICAL**

---

**m. ESPLÊNIO DA CABEÇA**

---

**mm. SUBOCCIPTAIS**

---

**m. TRAPÉZIO OMBRO**

---

**m. TRAPÉZIO CERVICAL**

---

**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**  
**CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF**  
**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**

---

---

**14- Oroscopia (inspeção e palpação)**

**LÁBIOS:**

---

**MUCOSA JUGAL:**

---

**LÍNGUA:**

---

**ASSOALHO DE BOCA:**

---

**PALATO MOLE:**

---

**GENGIVA:**

---

**ÁREA RETROMOLAR:**

---

**DRENAGEM DE GLÂNDULAS SALIVARES (PARÓTIDA, SUBMANDIBULAR E SUBLINGUAL):**

---

**15- Exame dos pares de nervos cranianos**

**II Acuidade visual** \_\_\_\_\_

**III, IV, VI Músculos extraoculares** \_\_\_\_\_

**Pupilas (tamanho, formato, simetria, reação a luz)** \_\_\_\_\_

**V**

**Motor** \_\_\_\_\_

**V Sensitivo (V1,V2,V3)** \_\_\_\_\_

**VII Motor (músculos faciais)** \_\_\_\_\_

**VIII Audição** \_\_\_\_\_

**IX, X Reflexo de engasgo/ elevação do palato** \_\_\_\_\_

**XI Trapézio ( elevação dos ombros, rotação de cabeça)** \_\_\_\_\_

**XII Hipoglosso (volume da língua/movimento)** \_\_\_\_\_

**16- Hipóteses diagnósticas:**

---

Nenhuma dor

Dor muscular

Dor miofascial com dor referida

Dor miofascial com limitação de abertura

**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**  
**CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF**  
**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**

Artralgia    D    E

Cefaléia atribuída a DTM

Deslocamento do disco articular com redução    D    E

Deslocamento do disco articular sem redução, com limitação de abertura    D    E

Deslocamento do disco articular sem redução, sem limitação de abertura    D    E

Doença degenerativa articular    Osteoartrite da ATM    D    E    Ambas

Osteoartrose da ATM    D    E    Ambas

---

**Comorbidades:**

---

**Exames complementares:**

---

**Conduta:**

**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO  
CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF  
CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**

**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO  
CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF  
CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**

**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO  
CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF  
CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**



**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO  
CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF  
CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**



**SUGESTÃO DE MODELO DE PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**  
**CÂMARA TÉCNICA DE DTM/DOF**  
**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO**  
**PLANO DE TRATAMENTO – CONSENTIMENTO ESCLARECIDO**

Paciente: \_\_\_\_\_

Cirurgião-Dentista: \_\_\_\_\_

Opção de tratamento: (\_\_\_) Opção 1 (\_\_\_) Opção 2 (\_\_\_) Opção 3

Opção 01: \_\_\_\_\_

Propósitos: \_\_\_\_\_

Riscos: \_\_\_\_\_

Custos: \_\_\_\_\_

Opção 02: \_\_\_\_\_

Propósitos: \_\_\_\_\_

Riscos: \_\_\_\_\_

Custos: \_\_\_\_\_

Opção 03: \_\_\_\_\_

Propósitos: \_\_\_\_\_

Riscos: \_\_\_\_\_

Custos: \_\_\_\_\_

Declaro que o(a) cirurgião(ã)-dentista \_\_\_\_\_, esclareceu-me adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, bem como que o sucesso do tratamento dependerá da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada e de minha colaboração, atendimento às prescrições, encaminhamentos e demais solicitações do profissional.

Declaro, ainda, que estou ciente que eventuais ausências às consultas e o não atendimento das orientações profissionais prejudicarão o resultado pretendido, uma vez que a Odontologia não se trata de uma ciência exata, sofrendo limitações.

Informo que, estou ciente de que, no curso do tratamento, dependendo da resposta biológica, poderá haver a necessidade de alteração do plano de tratamento, da técnica empregada, e da previsão orçamentária.

Por fim, aceito e autorizo a execução do tratamento – opção \_\_\_\_\_, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional e arcando com os custos estipulados no orçamento apresentado.

Local e data.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou seu

Responsável legal

Cirurgião(ã)-Dentista

