

Rastreio Programa de Saúde Oral – “ Madeira a Sorrir”

Nome: _____

Idade: ____ Sexo: ☐ F ☐ M

Concelho: _____ Escola: _____

Tem escova de dentes?	Tem pasta de dentes?	Escova os dentes?	Nº Vezes que escova p/ dia	Tem/teve dor dentária?	Já foi ao dentista?
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

ODONTOGRAMA

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

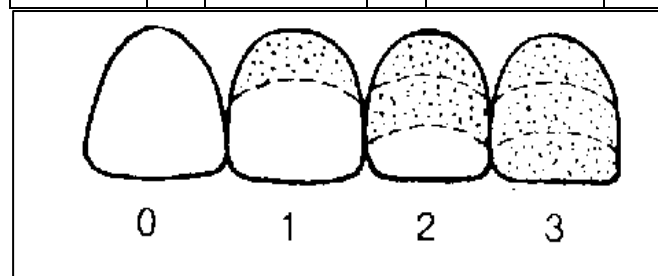
-	São	
C	Cariado	
P	Perdido	
O	Obturado	
A	Ausente	
S	Selante	
T	Trauma	

Oclusão dentária (dentição decídua/mis ☐ Classe I ☐ Classe II ☐ Classe III

Mordida aberta ☐ Mordida cruzada ☐ Mordida Profunda ☐

ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA / INDICE DE H.O.

16 (v)		11(v)		26(v)	
46(L)		31(v)		36(L)	



0 1 2 3

Grau 0	Ausência de P.B.
Grau 1	Presença de P.B. em até 1/3 da superfície dentária.
Grau 2	Presença de P.B. em até 2/3 da superfície dentária.
Grau 3	Presença de P.B. em mais de 2/3 da superfície dentária.

Encaminhamento para consulta de medicina dentária: ☐ S ☐ N

Encaminhamento para carrinha consultório (Higiene Oral): ☐ S ☐ N

Assinatura M.D./ H.O. _____