Sistema e-SUS

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA:
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	M T N	/ /
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO		
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|-|__|__|		

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO											
Nº CARTÃO SUS		|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Data de nascimento	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano										
Local de atendimento		|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Paciente com Necessidades Especiais		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gestante		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo Atendimento	Consulta Agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Demanda Espontânea Escuta Inicial / Orientação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Demanda Espontânea Consulta no Dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Demanda Espontânea Atendimento de Urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo de Consulta	Primeira Consulta Odontológica Programática	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Consulta de Retorno em Odontologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Consulta de Conclusão do Tratamento em Odontologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Consulta de Manutenção em Odontologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância em Saúde Bucal	Abscesso dento alveolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Alteração em tecidos moles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Dor de dente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fendas ou Fissuras Lábio Palatais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fluorose dentária moderada ou severa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Traumatismo dento alveolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Não identificado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Procedimentos (Quantidade realizada)	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Adaptação de Prótese Dentária	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Aplicação de cariostático (por dente)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Aplicação de selante (por dente)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Capeamento pulpar	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Cimentação de prótese	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Drenagem de abscesso	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Evidenciação de placa bacteriana	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Exodontia de dente decíduo	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|