

**OME DO PACIENTE**

PARA UM PERFEITO TRATAMENTO, QUEIRA RESPONDER OS QUESITOS ABAIXO QUE SERÃO CONSIDERADOS DE TOTAL SIGILO

**SIM NÃO**

1 - Está ou esteve recentemente sob cuidados médicos?..... ☐ ☐  
Por que?.....

5 - Tem úlceras?..... ☐ ☐  
Gastrite?..... ☐ ☐

2 - Tem alergia por algum medicamento?..... ☐ ☐  
Qual(is)?.....

6 - A salivagem é abundante?..... ☐ ☐

7 - Hipertensão?..... ☐ ☐

8 - Tem alguma alergia?..... ☐ ☐

3 - Está atualmente tomando algum medicamento?..... ☐ ☐  
Qual(is)?.....

9 - Já teve alguma vez febre reumática?..... ☐ ☐  
Quando?.....

4 - Já teve Nefrite?..... ☐ ☐  
Hepatite?..... ☐ ☐  
Diabete?..... ☐ ☐  
Sinusite?..... ☐ ☐  
Fumante?..... ☐ ☐  
Droga?..... ☐ ☐  
HIV?..... ☐ ☐  
DST?..... ☐ ☐  
TB?..... ☐ ☐

10 - Já teve alguma vez desmaios ou convulsões?..... ☐ ☐

11 - Já fez tratamento Psiquiátrico?..... ☐ ☐

12 - Toma habitualmente bebidas alcoólicas?..... ☐ ☐

13 - Está grávida?..... ☐ ☐  
De quantos meses?.....