

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG-CBMMG-IPSM

Relatório de Início de Tratamento Ortodôntico Interceptivo

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		
Nome:	Nº Cartão IPSM:	Data de Nascimento:
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Nome do Estabelecimento:	CNPJ:	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
Nome:	CRO/MG:	Especialidade:

1 - AVALIAÇÃO FACIAL

Mesocefálico Braquicefálico Dolicocefálico

1.1 - Avaliação Vertical: Equilibrado Desequilibrado

1.2 - Simetria Facial: Presente Ausente **1.3 - Simetria Labial:** Presente Ausente

2 - AVALIAÇÃO FUNCIONAL

2.1 - Respiração: Nasal Oral/Mista

2.2 - Deglutição: Normal Atípica

2.3 - Fala: Normal Atípica

2.4 - Hábitos Parafuncionais: Ausente Presente. Citar: _____

3 - AVALIAÇÃO DENTÁRIA

3.1 - Lado Direito: Oclusão dos molares: Classe I Classe II Classe III Mutilada

Oclusão dos caninos: Classe I Classe II Classe III Mutilada

3.2 - Lado Esquerdo: Oclusão dos molares: Classe I Classe II Classe III Mutilada

Oclusão dos caninos: Classe I Classe II Classe III Mutilada

3.3 - Segmento Ântero-superior: Alinhado Apinhado Com diastemas

3.4 - Segmento Ântero-inferior: Alinhado Apinhado Com diastemas

3.5 - Mordida Cruzada Posterior: Ausente Direita Esquerda

3.6 - Mordida Cruzada Anterior: Ausente Presente

3.7 - Trepasse Vertical (Overbite): Normal Mordida aberta Mordida profunda

3.8 - Trepasse Horizontal (Overjet): Normal Excessivo Mordida de topo Mordida Cruzada

3.9 - Curva de Spee: Normal Profunda Plana Reversa

3.10 - Linha Média: Dentes superiores em relação à face: Normal Desviada para a direita Desviada para a esquerda

Dentes inferiores em relação à face: Normal Desviada para a direita Desviada para a esquerda

3.11 - Guias Oclusais: Anterior: Normal Alterada

Lateralidade direita: Normal Alterada

Lateralidade esquerda: Normal Alterada

4 - AVALIAÇÃO ESQUELÉTICA

4.1 - Ântero-posterior: Maxila: Normal Protruída Retruída

Mandíbula: Normal Protruída Retruída

4.2 - Vertical: Altura Facial Ântero-inferior (AFAI): Normal Aumentada Reduzido

5 – PLANO DE TRATAMENTO

5.1 - Assinalar o tipo de tratamento ortodôntico que será realizado:

Interceptativo

5.2 - Em caso de tratamento ortodôntico com exodontias, descrever os elementos dentários que serão extraídos, bem como a justificativa para a realização do tratamento com extrações.

Não se aplica

Dentes:

Justificativa:

5.3 - Em caso de tratamento ortodôntico com necessidade de tracionamento, citar quais elementos dentários inclusos devem ser tracionados. Não se aplica

Dentes:

5.4 - Assinalar os objetivos a serem alcançados com o tratamento ortodôntico proposto.

Alinhamento Nivelamento Obtenção de Classe I de Caninos Obtenção de Classe I de Molares
Correção dos Apinhamentos Fechamento de Diastemas Correção das Giroversões Coordenação dos Arcos dentários
Selamento Labial Obtenção de Trespasse Horizontal Adequado Obtenção de Trespasse Vertical Adequado

5.5 - Descrever outras aparatologias necessárias ao tratamento, não relacionadas no item anterior:

5.6 - Assinalar a aparatologia que será utilizada no tratamento ortodôntico proposto:

Aparelho Fixo Total Superior Levante de Mordida Botão de Nance Aparelho Extraoral (AEB) Aparelho Bionator Pendex Aparelho Móvel com Parafuso
Aparelho Fixo Total Inferior Herbst Placa Lábio Ativa Máscara Facial Aparelho Planas Grade Palatina Fixa Grade Palatina Móvel
Aparelho Fixo Parcial Superior (4x2) Aparelho Bimler Haas Esporão Aparelho Móvel com Molas Arco de Progenina Pêndulo Mentoneira ou Skyhook
Aparelho Fixo Parcial Inferior (4x2) Aparelho Frankel Hirax Arco Lingual Aparelho Quadrihélice ou Bihélice Barra transpalatina Aparelho de Thurow
SN I, II, III, IV, V, VI, VII Placa de Contenção Móvel Contenção 3x3

5.7 - Descrever outras aparatologias necessárias ao tratamento, não relacionadas no item anterior:

5.8 - Descrever o tempo necessário para a conclusão do tratamento ativo (sem contar o período de contenção), observados a complexidade do caso e o limite regulamentar de 24 meses.

Tempo de Tratamento: meses

Observação: A solicitação para extensão de tratamento ortodôntico limitar-se-á aos casos extremamente complexos e /ou associados à cirurgia ortognática, autorizados como Assistência Especial à Saúde, mediante à realização de auditoria presencial (clínica e documental) efetuada por ortodontista do Quadro de Oficiais de Saúde do Centro Odontológico da PMMG, em Belo Horizonte.

5.9 - Descrever as etapas previstas para o tratamento, a mecânica que será utilizada, bem como outras informações julgadas relevantes não mencionadas nos itens anteriores:

Declaro que expliquei detalhadamente para o paciente (ou responsável), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas relacionados ao tratamento ortodôntico proposto.

(Local) _____ (Data) _____

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura e carimbo do Ortodontista