

QUESTIONÁRIO PERIODONTAL

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		
Nome:	Data de nascimento:	
Nº Cartão IPSM:	Nº Matrícula:	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Nome:	CNPJ:	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
Nome:	CRO/UF:	Especialidade:

1 – Já realizou tratamento periodontal? SIM NÃO

2 - Já realizou tratamento cirúrgico? SIM NÃO

Em caso afirmativo, qual a data da 1ª e 2ª cirurgia? _____

3 – Qual a condição gengival do paciente?

4 – Qual a condição da higiene oral do paciente:

5 – Aspectos observados radiograficamente:

6 – Qual o provável diagnóstico e prognóstico:

7 – Grau de Risco: BAIXO MÉDIO ALTO

8- Observações/anotações adicionais que considerarem relevantes para análise do caso:

Declaro que expliquei detalhadamente ao paciente (ou responsável) o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas relacionados aos procedimentos propostos, dou veracidade às informações prestadas neste documento e me responsabilizo pelas condutas clínicas que adotarei.