

**CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO**

**PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO CLÍNICO**

**Identificação do Paciente Prontuário Cisamusep:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino**

**R.G:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Expedição:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Órgão emissor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CNSUS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_. Profissão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefone(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone e Nome p/ Contato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etnia: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Amarela**

**Filiação: Pai:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Profissão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Profissão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Histórico de Saúde: Data anamnese:** \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Está em tratamento médico? ( )Sim ( )Não Médico responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Faz uso de medicamentos? ( ) Sim ( ) Não Qual(is)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Porquê?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alergia(s) à medicamento(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Encaminhamento para a Especialidade no CEO:**

**( ) Periodontia ( ) Endodontia ( ) Cirurgia ( ) Prótese ( ) Paciente especiais**

**Preencher em caso de atendimento na Especialidade Pacientes Especiais:**

**Já fez tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dificuldades no tratamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Comportamento: ( ) Bom ( ) Difícil ( ) Impossível**

OBS*: Quanto ao tipo de tratamento que será executado (clínica, ambulatorial ou a nível de centro cirúrgico), será definido após avaliação da equipe do CISAMUSEP*

**AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO:**

Autorizo e dou pleno consentimento ao CISAMUSEP, por meio de seus profissionais, devidamente inscritos no CRO-PR, a fazer diagnóstico, o planejamento e o tratamento. E responsabilizo-me pelas informações pessoais prestadas.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

****

**Diagnóstico:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Edêntulo Total Superior

( ) Edêntulo Total Inferior

( ) Parcialmente Desdentado Superior

( ) Parcialmente Desdentado Inferior

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Hora** | **PROCEDIMENTOS EXECUTADOS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO SETENTRIÃO PARANAENSE – CISAMUSEP**

Av. Cidade de Leiria , 432 Tel: (44) 3224-1422 Ramal : 26 CEP: 87013-280 Maringá – PR

Site: [www.cisamusep.org.br](http://www.cisamusep.org.br) E-mail: ceocisamusep@cisamusep.org.br