**Para Servidores da UFAM**

**Leia com atenção antes de responder**

As informações que serão solicitadas no questionário a seguir fazem parte de seu **exame periódico odontológico** e compõe sua **ficha clínica ocupacional.**

Devido à necessidade de avaliarmos melhor sua condição clínica ressaltamos a importância da precisão das informações. As informações fornecidas são de sigilo deste departamento.

As condições de trabalho interferem na qualidade de saúde bucal dos trabalhadores podendo ocorrer manifestações bucais, assim como as manifestações bucais podem intervir na qualidade das atividades laborais. A manutenção de um bom estado de saúde bucal é importante para que o trabalhador desempenhe as suas atividades laborais e sociais de forma segura e produtiva.



**UNIDADE SIASS UFAM**

|  |
| --- |
| **DADOS DO SERVIDOR** |
| Nome do Servidor: .......................................................................... Fone:............................  Sexo..................................................... Data do Nascimento:............../........../...................................  CPF . .....................................................  Matrícula SIAPE:.......................................................................  Orgão de Origem:.............................................................................  Lotaçao de exercício.................................................................  Data de Admissão:.....................................................................  Cargo:......................................................................................... Função........................................................................................ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INQUÉRITO DE SAÚDE** | | |
| Anemia Tem ou teve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Asma Tem ou teve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Alteração Arterial Tem ou teve | Sim ( ) Não ( ) |  |  | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Alergia, Tem ou Teve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Alergia a Medicamentos Tem ou Teve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Alergia respiratória | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Alergia alimentos | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Alergia ectópica | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Epilepsia Tem ou teve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Endocardite Bacteriana. Tem ou teve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Febre Reumática Tem ou teve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Hepatite Tem ou teve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Herpes/Aftas | Sim ( ) Não ( ) |  |
| HIV Tem ? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Problema Cardíaco Tem ou teve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Problema Hepático Tem ou teve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| De qual natureza? | | |
| Problema Renal Tem ou teve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Sífilis Tem? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Tuberculose Tem ou t eve? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Apresenta (ou) Desmaios? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Alguma alteração Hormonal? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| É Alcoolista? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| É Fumante? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Está Grávida? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Está em Tratamento médico? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Está fazendo uso de alguma medicação? Qual | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Já foi acometido por problemas Psicológicos? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Já se submeteu a alguma cirurgia? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Já foi internado? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Resfriado ou gripe freqüente? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Sofre de alguma doença congênita? | Sim ( ) Não ( ) | Qual? |
| Teve problemas com anestesia? | Sim ( ) Não ( ) |  |
| Teve problemas com hemorragia? | Sim ( ) Não ( ) |  |

Você possui alguma doença / problema significativo não mencionado? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro que as informações fornecidas são Verdadeiras.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **HÁBITOS** | |
| Tem hábito de Roer Unhas ? Sim ( ) Não ( )  Tem hábito de Chupar o Dedo ? Sim ( ) Não ( )  Tem hábito de Morder objetos? Sim ( ) Não ( )  Ranger os Dentes? Dia/Noite Sim ( ) Não ( )  Respira pela Boca? Sim ( ) Não ( )  Outros hábitos Sim ( ) Não ( ) ..................................................................................................................................  .................................................................................................................................. | |
| **HIGIENE BUCAL** | |
| Qual seu tipo de Escova Dental Macia ( ) Média ( ) Dura ( )  Faz escovação da língua Sim ( ) Não ( )  Utiliza Fio/Fita Dental freqüentemente? Palito? Sim ( ) Não ( )  Faz uso de bochechos Sim ( ) Não ( )  Deixou de realizar alguma atividade por causa dos dentes Sim ( ) Não ( )  Quais:............................................................................................................................... | |
| **SAÚDE DA BOCA** | |
| Tem dificuldade para comer e /ou beber por causa dos dentes? Sim ( ) Não ( )  Sente dor nos dentes? Sim ( ) Não ( )  A dor melhora com alguma coisa? Sim ( ) Não ( )  Seus dentes deixam você irritado? Sim ( ) Não ( )  Já fraturou algum dente? Sim ( ) Não ( )  Fez alguma cirurgia na boca? Sim ( ) Não ( )  Sente dores na cabeça freqüentemente? Sim ( ) Não ( )  Sente dores na face ou nos ombros? Sim ( ) Não ( )  Já fraturou algum osso da face? Sim ( ) Não ( )  Está satisfeito com seus dentes e boca? Sim ( ) Não ( )  Está em tratamento odontológico? Sim ( ) Não ( )  Qual o tratamento? ................................................................................................. | |
| **EXAME EXTRA-ORAL** | |
| Assimetrias: Boa ( ) Não ( ) Razoável ( )  Amplitude da boca: Boa ( ) Razoável ( ) Insuficiente ( ) Trismo ( )  Cicatrizes: (relatar local) Sim ( ) Não ( )  Erupções: Sim ( ) Não ( )  Gânglios: Sim ( ) Não ( )  Glândulas salivares:(alterações) Sim ( ) Não ( )  Manchas: Sim ( ) Não ( )  Musculatura (palpação) Sim ( ) Não ( )  Nódulos Sim ( ) Não ( )  Presença de estalido ao exame Sim ( ) Não ( )  Exames Complementares Sim ( ) Não ( )  Exames de imagem Sim ( ) Não ( ) | |
| **EXAME INTRA ORAL** | |
| \*Lesão de tecido mole Sim ( ) Não ( ) | |
| \*Região da lesão: .  ( ) Lábios: ( ) Bochechas ( ) Língua: ( ) Base da língua: ( ) Assoalho bucal: | |
| • Palato: : Normal ( ) Alterado( ) | |
| • Freios e bridas: Normal ( ) Alterado( ) | |
| • Fluxo salivar: Baixo ( ) Normal ( ) Alterado( ) | |
| • Manchas: Sim ( ) Não ( ) | |
|  | |
| Usa aparelho ortodôntico? | Sim ( ) Não ( ) |
| Prótese **superior?** | Não usa prótese dentária ( )  Usa uma ponte fixa ( )  Usa mais de uma ponte fixa ( )  Usa prótese parcial removível ( )  Usa uma ou mais pontes fixas e  uma ou mais próteses parciais removíveis ( )  Usa prótese dentária total ( ) |
| Necessidade de prótese superior? | Não necessita de prótese Dentária ( )  Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de  um elemento ( )  Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de  mais de um elemento ( )  Necessita prótese dent.total ( ) |
| Prótese **inferior?** | Não usa prótese dentária ( )  Usa uma ponte fixa ( )  Usa mais de uma ponte fixa ( ) Usa prótese parcial removível ( ) Usa uma ou mais pontes fixas ( )  E uma ou mais próteses parciais removíveis ( )  Usa prótese dentária total ( ) |
| Necessidade de prótese inferior? | Não necessita de prót.dentária ( )  Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de  um elemento ( )  Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de  mais de um elemento ( ) Necessita prótese dent. total ( ) |
| **Lesao de tecido mole** | Sim ( ) Não ( ) |
| Localização da lesão | Mucosa interna labial superior ( )  Mucosa interna labial inferior ( )  Labial superior (Peri oral) ( )  Labial inferior (Peri oral) ( )  Mucosa labial superior ( )  Mucosa labial inferior  Freio labial superior  Freio labial inferior  Mucosa jugal  Mucosa do palato duro  Mucosa do palato mole  Uvular palatina  Tonsilas palatina  Gengiva anterior e inferior  Gengiva posterior e inferior  Gengiva anterior e superior  Gengiva posterior e superior  Mucosa alveolar ant. e inferior  Mucosa alveolar post. e inferior  Mucosa alveolar ant. e superior  Mucosa alveolar post. e superior  Dorsal da língua  Lateral da língua  Apical da língua  Ventral da língua  Frênulo lingual  Carúncula sublingual  Soalho bucal |

|  |  |
| --- | --- |
| **ODONTOGRAMA GRAFADO** | |
| **Alterações gengivais**/periodontais? | Nenhuma  Edema ( )  Sangramento, ( )  Hiperplasia ( )  Reabsorção óssea ( )  Recessão gengival ( )  Mobilidade dentária( ) |
| Anomalia dentária? | Sim ( ) Não ( ) |
| Diastema? | Sim ( ) Não ( ) |
| Fluorose dentária? | Normal ( )  Questionável ( )  Muito leve ( )  Leve moderada ( )  Grave ( ) |
| Hipoplasia de esmalte | Sim ( ) Não ( ) |
|  |  |
| Mobilidade dental | Sim ( ) Não ( ) |
| Presença de placa bacteriana visível? | Sim ( ) Não ( ) |
| Oclusão de Angle | Classe I ( )  Classe II 1ª divisão ( )  Classe II 2º divisão ( )  Classe III ( ) |
| Problema de oclusão? | Não ( )  Apinhamento anterior superior ( )  Apinhamento anterior inferior ( )  Mordida aberta anterior ( )  Mordida cruzada anterior ( )  Mordida cruzada posterior ( )  Mordida profunda ( )  Prognatismo mandibular ( )  Retrognatismo mandibular ( )  Outro(s) …………………………………… ( ) |
| Problema de ATM, diagnosticado por outro profissional | Sim ( ) Não ( ) |
| **Outras alterações oclusais?** | Sim ( ) Não ( ) |
| Bruxismo | Sim ( ) Não ( ) |
| Especificar: (se o paciente tiver certeza, relatar) | |
| Desgaste dental patológico? | Sim ( ) Não ( ) |
| Especificar | Abfração ( )  Atrição ( )  Erosão ( )  Prejudicado ( ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AMBIENTE DE TRABALHO** | | |
| Gosta do que faz no serviço público? | Sim ( ) Não ( ) |
| Apresenta bom relacionamento com os colegas? | Sim ( ) Não ( ) |
| Trabalha com alguma substância química | Sim ( ) Não ( ) |
| Utiliza computador frequentemente? | Sim ( ) Não ( ) |
| A sua postura nas ativ. no trabalho é adequada? | Sim ( ) Não ( ) |
| A sua postura nas ativ. rotineiras é adequada? | Sim ( ) Não ( ) |
| Apresenta estresse no ambiente de trabalho? | Sim ( ) Não ( ) |
| E fora do trabalho? | Sim ( ) Não ( ) |
| Já teve alguma reação alérgica no trabalho? | Sim ( ) Não ( ) |
| Sente tontura no trabalho? | Sim ( ) Não ( ) |
| Sua boca fica ressecada no trabalho? | Sim ( ) Não ( ) |
| Já foi afastado do trabalho por doença da boca? | Sim ( ) Não ( ) |
| Qual a doença? | |
| Já sofreu algum acidente de trabalho? | Sim ( ) Não ( ) |
| Que tipo? |  |
| Comunicou à sua chefia? | Sim ( ) Não ( ) |
| Afetou alguma área odontológica? Se sim, relate | |
| Outras informações: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **OCUPACIONAL** | |
| Apresenta risco ocupacional? | Sim ( ) Não ( ) |
| Qual o risco? | Risco físico ( )  Risco químico ( )  Risco biológico ( )  Risco ergonômico ( )  Risco de acidentes ( ) |
|  | |
| **CONDIÇÕES SAÚDE BUCAL** | |
| No momento, apresenta boa condição de saúde bucal | Sim ( ) Não ( ) |
| Necessita de tratamento odontólogico | Mediato ( )  Imediato ( ) |
| Orientado a providenciar os seguintes tratamentos:  Clínica /Prevenção ( )  Cirurgia ( )  Dentisteria ( )  Estomatologia ( )  Endodontia ( )  Fonoaudiologia ( )  Ortodontia ( )  Periodontia ( )  Prótese ( ) | |
| **LAUDO PERICIAL** | |
| Aptidão ao trabalho? | Apto ( )  Inapto ( )  Apto c/ restrições/recomendaçõe ( ) |
| Caráter | Temporária ( )  Permanente ( ) |

|  |
| --- |
| **Conclusão Final** |
| No momento, o(a) servidor(a) apresenta boa condição de saúde bucal, compatível com atividade proposta e para a jornada de trabalho ora exercita.) |

**Manaus/AM, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**

**.................................................... ...................................................**

**Servidor Dentista**