SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ — SAÚDE SISTEMA E-SUS

MAPA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL ODONTOLÓGICO

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES EQUIPE	Cód. CNES UNIDADE	TURNO	DATA:
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|-|__|__|	|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|	M T N	/ /

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|-|__|__|

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Situação de Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO											
Nº CARTÃO SUS		|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Data de nascimento	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano										
Local de atendimento		|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Paciente com Necessidades Especiais		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gestante		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo Atendimento	Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Consulta Agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Demanda Espontânea: Escuta Inicial / Orientação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Demanda Espontânea: Consulta no Dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Demanda Espontânea: Atendimento de Urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância em Saúde Bucal	Abscesso dento alveolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Alteração em tecidos moles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Dor de dente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fendas ou Fissuras Lábio Palatais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fluorose dentária moderada ou severa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Traumatismo dento alveolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Não se aplica (NA)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo de Consulta	Primeira Consulta Odontológica Programática	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Consulta de Retorno	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Consulta de Conclusão do Tratamento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Consulta de Manutenção	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Não se aplica (NA)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Procedimentos (Quantidade realizada)	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Ajuste Oclusal	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Aplicação de cariostático (por dente)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Aplicação de selante (por dente)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Capeamento pulpar	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Cimentação de prótese	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Contenção de Dentes por Splintagem	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Drenagem de abscesso	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Evidenciação de placa bacteriana	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|

Procedimentos (Quantidade realizada)	Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões / ferimentos de pele / anexos										
	Exodontia de dente decíduo										
	Exodontia de dente permanente										
	Frenectomia										
	Glossorrafia										
	Instalação e adaptação de prótese dentária										
	Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária										
	Adaptação de prótese dentária										
	Orientação de Higiene Bucal										
	Profilaxia / remoção da placa bacteriana										
	Pulpotomia dentária										
	Radiografia Oclusal										
	Radiografia Periapical / Interproximal										
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)										
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)										
	Restauração de dente decíduo										
	Restauração de dente permanente anterior										
	Restauração de dente permanente posterior										
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)										
	Selamento provisório de cavidade dentaria										
	Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental										
	Tratamento de alveolite										
	Ulotomia / Ulectomia										
	Outros (SIA)										
	Outros (SIA)										
	Outros (SIA)										
FORNECIMENTO	Escova Dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Creme Dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fio Dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ENCAMINHAMENTO	Pacientes com necessidades especiais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cirurgia BMF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Endodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Estomatologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Implantodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Odontopediatria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ortodontia / Ortopedia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Periodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Prótese Dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Radiologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Não se aplica (NA)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐