

CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CREO
PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO CLÍNICO

Identificação do Paciente

Prontuário Cisamusep: _____

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

R.G: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

Profissão: _____ CNSUS: _____

Filiação: Pai: _____ Profissão: _____

Mãe: _____ Profissão: _____

Histórico de Saúde

Está em tratamento médico? _____

Médico que acompanha o paciente? _____

Faz uso de medicamentos? () Sim () Não Qual(is)? _____

_____ Porquê? _____

Avaliação Odontológica

Necessidade de tratamento: () Periodontia () Endodontia () Cirurgia () Prótese

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