

# QUESTIONÁRIO MÉDICO

Nome (completo):		
Morada:		
Telefone (casa):	Telefone (emprego):	Telefone (outro):
Estado civil:	Profissão:	
Centro de Saúde a que pertence e respectivo n.º do processo:		
Qual é o seu estado geral de saúde?		
Vem referenciado por alguém? Em caso afirmativo, por quem?		
Data:		

## QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL

Agradecemos que preencha este questionário. A informação fornecida destina-se a proporcionar-lhe o melhor tratamento. Assinale à frente de cada pergunta com "Sim" em caso afirmativo e com "Não" em caso negativo.

Esteve sob cuidados médicos no último ano?  
assistente?

Se sim, qual o nome e telefone do médico

Esteve hospitalizado nos últimos 5 anos?

Em caso afirmativo, qual a razão?

Já foi operado sob anestesia geral? Em caso afirmativo, qual a razão?

Já fez algum tratamento para a ansiedade ou depressão?

Tomou algum medicamento no último ano? Em caso afirmativo, qual ou quais?

Já fez algum teste de despistagem do S. I. D. A.? Em caso afirmativo, qual foi o resultado?

Já fez ou está a fazer Radioterapia ou Quimioterapia? Em caso afirmativo, qual a razão?

É alérgico a algum dos seguintes produtos?

- Látex
- Penicilina
- Aspirina
- Anestesia
- Sedativos ou tranquilizantes
- Iodo
- Outros:

Sofre ou sofreu das seguintes doenças?

- Coração
- Febre reumática
- Tensão arterial alta

- Icterícia (pele e olhos amarelos)
- Diabetes (açúcar no sangue). Em caso afirmativo, como o controla?
  - comprimidos
  - alimentação
  - insulina
- Tuberculose
- Cancro
- Anemia
- Hemorragias que exigissem tratamento
- Leucemia
- Asma ou outros problemas respiratórios
- Tosse persistente
- Gânglios aumentados de volume (nódulos)
- Epilepsia
- Glaucoma
- Reumatismo articular (artrite)
- Úlcera ou outros problemas do aparelho digestivo
- Cólicas renais ou insuficiência renal
- Cólicas hepáticas (fígado)
- Hepatite
- Trombose
- Osteoporose
- Coluna vertebral
- Vertigens
- Outras doenças:

Utiliza lentes de contacto?

Fuma? Em caso afirmativo, quantos cigarros por dia?

É ou já foi toxico-dependente?

Toma anticoagulantes (medicamentos para o sangue)?

**(Só para ser preenchido por mulheres)**

Está grávida?

Toma contraceptivos orais?

Tem algum problema relacionado com o seu período menstrual?

Está actualmente a fazer algum tratamento Hormonal?

Já fez histerectomia (remoção ovários, útero...)?

Tem outros dados a acrescentar ao seu estado geral de saúde?

Está satisfeito com o aspecto dos seus dentes?

Caso não esteja, qual o motivo?

Tem dentes sensíveis? Quais?

Pode mastigar satisfatoriamente os alimentos?

Caso tenha falta de dentes, está interessado em colocar uma prótese?

Quais são as suas expectativas em relação a uma prótese? (prótese fixa, prótese removível com ou sem ganchos, mais retenção da prótese?)

As suas gengivas sangram regularmente?

Os seus dentes abanam?

Sofreu algum traumatismo ou choque violento? (ex. acidente de automóvel)

Tem enxaquecas?

Costuma ter dores a nível dos ouvidos? (de que lado)

Costuma ter dores de pescoço? (de que lado)

Costuma ter dores na face? (de que lado)

Costuma ter dores nos olhos? (de que lado)

A que altura do dia aparecem as dores? (manhã, tarde, noite)

As dores aumentam às refeições?

As dores aumentam quando abre a boca?

Há quanto tempo tem essas dores?

O seu maxilar actualmente faz barulhos ou estalidos ao abrir ou ao fechar a boca? (de que lado)

O seu maxilar no passado fez barulhos ou estalidos ao abrir ou ao fechar a boca? (de que lado)

Os estalidos surgem em que altura? (abrir a boca, fechar a boca, bocejar, mastigar)

Há quanto tempo não tem esses estalidos?

Range os dentes? (durante o dia, à noite, sempre)

Tem ou teve no passado dificuldade em abrir a boca?

Já alguma vez sentiu o maxilar bloqueado? (não conseguir fechar a boca)

Já alguma vez sentiu o maxilar solto?

Tem a sensação de ouvido tapado?

Sente ruídos no ouvido? (de que lado e de que tipo)

Procura alguma posição especial com o maxilar, para cerrar os dentes convenientemente?

Já beneficiou de alguma correcção ortodôntica? (aparelho para endireitar os dentes)

Já fez alguma extracção dentária que tenha sido muito difícil?

Já sofreu alguma complicação após um tratamento dentário? Em caso afirmativo, qual?

**Se este questionário não respondeu a todos os seus problemas, utilize o verso desta folha para os descrever:**

**Confirmo que todas as informações dadas são verdadeiras e assumo o compromisso de informar a Clínica Dentária Jardim dos Arcos de quaisquer alterações.**