

Nº IDENTIFICAÇÃO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ESTADO <input type="text"/> <input type="text"/>	MUNICÍPIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FLÚOR <input type="text"/>	ANOS FLUORETAÇÃO <input type="text"/> <input type="text"/>
SETOR CENSITÁRIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	QUADRA / VILA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ESCOLA <input type="text"/>	EXAMINADOR <input type="text"/>	

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexo <input type="text"/>	Grupo Étnico <input type="text"/>
Idade em meses (somente para bebês) <input type="text"/> <input type="text"/>	Localização Geográfica <input type="text"/>	Realização do Exame <input type="text"/>

EDENTULISMO

15-19, 35-44 e 65-74 anos

USO DE PRÓTESE

Sup	Inf
<input type="text"/>	<input type="text"/>

NECESSIDADE DE PRÓTESE

Sup	Inf
<input type="text"/>	<input type="text"/>

FLUOROSE DENTÁRIA

12 anos e 15-19 anos

ANORMALIDADES DENTOFACIAIS

DAI

(12 e 15-19 anos)

DENTIÇÃO

Número de I,C, e PM perdidos

ESPAÇO

Apinhamento na região de incisivos

Espaçamento na região de incisivos

Diastema em milímetros

Desalinhamento maxilar anterior em mm

Desalinhamento mandibular anterior em mm

OCCLUSÃO

Overjet maxilar anterior em mm

Overjet mandibular anterior em mm

Mordida aberta vertical anterior em mm

Relação molar ântero-posterior

MÁ-OCCLUSÃO

(5 anos)

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOENÇA PERIODONTAL

AG

(5 anos)

CPI

12 anos
15-19 anos
35-44 anos
65-74 anos

17/16	11	26/27
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47/46	31	36/37

PIP

35-44 anos
65-74 anos

17/16	11	26/27
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47/46	31	36/37

ALTERAÇÕES TECIDO MOLE

Todos os grupos etários

**Formulário de avaliação sócioeconômica,
acesso e autopercepção em saúde bucal**

CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA

1 Número de pessoas

2 Escolaridade (anos de estudo)

3 Estudante

 0 - Sim
 1 - Não

4 Tipo de Escola

 0 - Não é estudante
 1 - Pública
 2 - Privada
 3 - Outros

5 Moradia

 1 - Própria
 2 - Própria em aquisição
 3 - Alugada
 4 - Cedida
 5 - Outros

6 Número de cômodos da casa

7 Renda Familiar (em reais)

8 Renda Pessoal (em reais)

9 Posse de automóvel

 0 - Não possui
 1 - Possui um automóvel
 2 - Possui dois ou mais automóveis

ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

10 Já foi ao dentista alguma vez na vida?

 0 - Sim
 1 - Não

11 Há quanto tempo?

 0 - Nunca foi ao dentista
 1 - Menos de 1 ano
 2 - De 1 a 2 anos
 3 - 3 ou mais anos

12 Onde?

 0 - Nunca foi ao dentista
 1 - Serviço Público
 2 - Serviço Privado Liberal
 3 - Serviço Privado (planos e convênios)
 4 - Serviço filantrópico
 5 - Outros

13 Por quê?

 0 - Nunca foi ao dentista
 1 - Consulta de rotina/reparos/manutenção
 2 - Dor
 3 - Sangramento gengival
 4 - Cavidades nos dentes
 5 - Feridas, caroços ou manchas na boca
 6 - Outros

14 Como avalia o atendimento?

 0 - Nunca foi ao dentista
 1 - Péssimo
 2 - Ruim
 3 - Regular
 4 - Bom
 5 - Ótimo

15 Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?

 0 - Sim
 1 - Não

16 Considera que necessita de tratamento atualmente?

 0 - Sim
 1 - Não

AUTOPERCEÇÃO EM SAÚDE BUCAL

17 Como classificaria sua saúde bucal?

 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Péssima
 2 - Ruim
 3 - Regular
 4 - Boa
 5 - Ótima

18 Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?

 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Péssima
 2 - Ruim
 3 - Regular
 4 - Boa
 5 - Ótima

19 Como classificaria sua mastigação?

 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Péssima
 2 - Ruim
 3 - Regular
 4 - Boa
 5 - Ótima

20 Como classificaria a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?

 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Péssima
 2 - Ruim
 3 - Regular
 4 - Boa
 5 - Ótima

21 De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?

 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Não afeta
 2 - Afeta pouco
 3 - Afeta mais ou menos
 4 - Afeta muito

22 O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?

 0 - Nenhuma Dor
 1 - Pouca Dor
 2 - Média Dor
 3 - Muita Dor