

Nome do Paciente: _____

Matrícula: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Data do exame: ____ / ____ / ____

DENTES	Profundidade da Bolsa				Margem Gengival				Envolvimento de furca GRAU I, II, III	Modalidade dentária GRAU 1, 2, 3	Sangramento gengival S/N
	M	V	D	L	M	V	D	L			
18											
17											
16											
15											
14											
13											
12											
11											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
38											
37											
36											
35											
34											
33											
32											
31											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											

Carimbo / CRO / Assinatura do Profissional: _____

QUESTIONÁRIO

Já fez tratamento periodontal não cirúrgico? Sim Não

Data:

____ / ____ / ____

Já fez tratamento periodontal cirúrgico? Sim Não

Data:

____ / ____ / ____

Gengiva (descrição): _____

Condições de higiene oral: _____

Diagnóstico / Prognóstico: _____

Estágio: I II III IV Grau: A B C

OBSERVAÇÕES / ANOTAÇÕES

Large empty rectangular area for observations and notes.