



Nº IDENTIFICAÇÃO				ESTADO		MUNICÍPIO				FLÚOR		ANOS FLUORETAÇÃO																																																																																																																																															
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																																																															
SETOR CENSITÁRIO						QUADRA / VILA				ESCOLA		EXAMINADOR																																																																																																																																															
<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"/>																																																																																																																																															
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				ANORMALIDADES DENTOFACIAIS																																																																																																																																																							
15-19, 35-44 e 65-74 anos				DAI (12 e 15-19 anos)				MÁ-OCLUSÃO (5 anos)																																																																																																																																																			
USO DE PRÓTESE				DENTIÇÃO				<input type="text"/> <input type="text"/> Número de I,C, e PM perdidos				<input type="text"/>																																																																																																																																															
Sup		Inf		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																																																													
NECESSIDADE DE PRÓTESE				ESPAÇO				<input type="text"/> Apinhamento na região de incisivos				<input type="text"/> Espaçamento na região de incisivos																																																																																																																																															
Sup		Inf		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																																																													
FLUOROSE DENTÁRIA				OCLUSÃO				<input type="text"/> Diastema em milímetros				<input type="text"/> Desalinhamento maxilar anterior em mm																																																																																																																																															
12 anos e 15-19 anos				<input type="text"/> Overjet maxilar anterior em mm				<input type="text"/> Overjet mandibular anterior em mm				<input type="text"/> Mordida aberta vertical anterior em mm																																																																																																																																															
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/> Relação molar ântero-posterior																																																																																																																																															
CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO																																																																																																																																																											
Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos																																																																																																																																																											
<table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>Coroa</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Raiz</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Trat.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td> </td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td>Coroa</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Raiz</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Trat.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>																18	17	16	15	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28	Coroa	<input type="text"/>	Raiz	<input type="text"/>	Trat.	<input type="text"/>		48	47	46	45	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38	Coroa	<input type="text"/>	Raiz	<input type="text"/>	Trat.	<input type="text"/>																																																																																													
18	17	16	15	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	45	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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																										
DOENÇA PERIODONTAL																																																																																																																																																											
AG (5 anos)		CPI			17/16 11 26/27			PIP			17/16 11 26/27			Todos os grupos etários																																																																																																																																													
<input type="text"/>		12 anos 15-19 anos 35-44 anos 65-74 anos			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			35-44 anos 65-74 anos			<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"/> <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"/>																																																																																																																																													

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

CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA

(1) Número de pessoas

--	--

(2) Escolaridade (anos de estudo)

--	--

(3) Estudante

--	--

(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

AUTOPERCEPÇÃO 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