

ESTADO <input type="text"/> <input type="text"/>	MUNICÍPIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FLÚOR <input type="checkbox"/>	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"/> <input type="text"/>	QUADRA / VILA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ESCOLA <input type="checkbox"/>	LOC. GEOG. <input type="checkbox"/>												
EXAMINADOR <input type="checkbox"/>															
INFORMAÇÕES GERAIS															
Nº Identificação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Idade em anos <input type="text"/> <input type="text"/>	Idade em meses (somente para bebês) <input type="text"/> <input type="text"/>													
Sexo <input type="checkbox"/>	Grupo Étnico <input type="checkbox"/>	Realização do Exame <input type="checkbox"/>													
EDENTULISMO		ANORMALIDADES DENTOFACIAIS													
15-19, 35-44 e 65-74 anos															
USO DE PRÓTESE Sup <input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/>		DAI (12 e 15-19 anos)													
NECESSIDADE DE PRÓTESE Sup <input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/>		DENTIÇÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de I,C, e PM perdidos													
FLUOROSE DENTÁRIA 12 anos e 15-19 anos <input type="checkbox"/>		ESPAÇO Apinhamento na região de incisivos <input type="checkbox"/> Espaçamento na região de incisivos <input type="checkbox"/> Diastema em milímetros <input type="checkbox"/> Desalinhamento maxilar anterior em mm <input type="checkbox"/> Desalinhamento mandibular anterior em mm <input type="checkbox"/>													
		OCLUSÃO Overjet maxilar anterior em mm <input type="checkbox"/> Overjet mandibular anterior em mm <input type="checkbox"/> Mordida aberta vertical anterior em mm <input type="checkbox"/> Relação molar ântero-posterior <input type="checkbox"/>													
CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO															
Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos															
Coroa <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28	Raiz <input type="checkbox"/>	Trat. <input type="checkbox"/>	Coroa <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38	Raiz <input type="checkbox"/>	Trat. <input type="checkbox"/>										
●			●												
DOENÇA PERIODONTAL				ALTERAÇÕES TECIDO MOLE											
AG (5 anos) <input type="checkbox"/>	CPI 12 anos <input type="checkbox"/> 15-19 anos <input type="checkbox"/> 35-44 anos <input type="checkbox"/> 65-74 anos <input type="checkbox"/>	17/16 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 26/27 <input type="checkbox"/>	PIP 35-44 anos <input type="checkbox"/> 65-74 anos <input type="checkbox"/>	17/16 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 26/27 <input type="checkbox"/>	Todos os grupos etários <input type="checkbox"/>										
47/46 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	36/37 <input type="checkbox"/>	47/46 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	36/37 <input type="checkbox"/>										

**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