

Nome	Sobrenome	Número HAS _____
-------------	------------------	-------------------------

Data	O Masc. O Fem.	Data de nascimento	Idade (anos) O Não tem certeza
Evento	Localidade	O Atleta O Parceiro Unificado	Esporte
Delegação		Programa SO	

Nome do Examinador



Special Olympics

Healthy Athletes
Special Smiles®

Histórico Dental

1. Preencha esta seção para cada atleta mesmo se edentado

Com que frequência você limpa sua boca?

- Uma ou mais vezes por dia
- 2 a 6 vezes por semana
- Uma vez por semana
- Menos de uma vez por semana
- Não tem certeza

2. Dor dentro da boca

- Sim Não
- Dentes
- Outro

3. Atleta recusou-se/não pôde examinar

Exame

4. Edentado

- Sim (-> pare aqui) Exame concluído
- Não (responda todas as perguntas 5 a 14)

5. Cárie não tratada

- Sim Não
- Anterior(s)
- Pré-molar(s)
- Molar(s)

6. Dentes obturados

- Sim Não

7. Ausência de dentes

- Sim Não
- Anterior(s)
- Molar(s)

8. Selante(s)

- Sim Não

9. Lesão

- Sim Não

10. Fluorose

- Sim Não

11. Sinais gengivais

- Sim Não

12. Urgência de tratamento

- Manutenção
- Não-urgente
- Urgente

13. Protetor bucal recomendado

- Sim Não
- Protetor bucal fornecido

14. Exame concluído