

TEMPO ESTIMADO DE PREENCHIMENTO: 8 MINUTOS.

Prezado(a) Paciente, este questionário foi desenvolvido para ajudar a entender melhor sua saúde bucal e geral, identificando fatores importantes para o seu tratamento. Suas respostas são confidenciais e essenciais para um diagnóstico preciso e um plano de tratamento personalizado. Por favor, responda a todas as perguntas com sinceridade. Não há respostas certas ou erradas.

SEÇÃO 1 — IDENTIFICAÇÃO E DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome Completo:

Data de Nascimento:

CPF:

Estado civil:

Profissão:

Sexo:

() Feminino

() Masculino

() Outro

Endereço (Rua, número, bairro, cidade, CEP):

Telefone/WhatsApp:

E-mail:

SEÇÃO 2 — QUEIXAS

Qual o motivo para procurar por tratamento odontológico hoje?

Em uma escala de 0 a 10, como você avalia sua saúde bucal hoje?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

Você sente que precisa refazer tratamentos dentários com frequência ou nunca se sente 100% confortável com os resultados?

() Sim () Não

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL ORPS POCKET



A. RED FLAGS BUCAIS

Marque Sim ou Não para cada item abaixo.

	Sim	Não
1. Sente dor dentária espontânea ou ao mastigar?	()	()
2. Tem dentes com sensibilidade (frio, quente, doce, ar)?	()	()
3. Tem sensação de mobilidade dentária?	()	()
4. Percebe dentes ficando mais curtos, transparentes ou com bordas lascadas?	()	()
5. Fica alimento parado entre seus dentes com frequência? (sinal de migração dentária)	()	()
6. Sua gengiva sangra ao usar fio dental ou escovar?	()	()
7. Já teve alguma fratura dentária ou de restauração?	()	()
8. Você já teve tratamentos que precisaram ser refeitos logo após o término?	()	()
9. Você usa prótese, implante ou aparelho fixo?	()	()

Se usa:	() Prótese removível	() Implante	() Aparelho fixo	() Mais de um
---------	-----------------------	--------------	-------------------	----------------

B. ÁCIDO / REFLUXO

1. Sofre com refluxo, azia ou regurgitação?	() Não	() Ocasional	() Frequente	() Diário
---	---------	---------------	---------------	------------

2. Vomita com alguma frequência?	() Não	() Sim
----------------------------------	---------	---------

3. Consome bebidas ácidas (refrigerante, suco, isotônico, energético, café, vinho)?	() Não	() Ocasional	() Diário	() Múltiplas vezes/dia
---	---------	---------------	------------	-------------------------

C. MECÂNICA / BRUXISMO

1. Acorda com os dentes ou músculos da face cansados, doloridos ou com dor de cabeça?	☐ Não	☐ Ocasional	☐ Frequente
2. Percebe ruídos (estalos ou sons de areia) ao abrir ou fechar a boca?	☐ Não	☐ Ocasional	☐ Frequente
3. Sente apertar ou ranger os dentes durante o sono? (bruxismo do sono)	☐ Não	☐ Ocasional	☐ Frequente
4. Sente apertar ou ranger os dentes durante o dia? (bruxismo em vigília)	☐ Não	☐ Ocasional	☐ Frequente
5. Morde objetos com frequência (caneta, unhas, bochechas, palito)?	☐ Não	☐ Sim	

D. SONO / APNEIA

1. Como você avalia a qualidade do seu sono?	☐ Boa	☐ Regular	☐ Ruim	☐ Muito ruim
2. Acorda cansado ou com dor na face?	☐ Não	☐ Às vezes	☐ Frequentemente	
3. Alguém já relatou que você ronca ou para de respirar à noite?	☐ Não	☐ Sim	☐ Não sei	
4. Acorda frequentemente durante a noite?	☐ Nunca	☐ 1x/noite	☐ 2x/noite	
5. Sente sonolência ou fadiga excessiva durante o dia?	☐ Não	☐ Às vezes	☐ Frequentemente	
6. Apneia do sono diagnosticada:	☐ Não	☐ Sim, em tratamento	☐ Sim, sem tratamento	

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL ORPS POCKET



F. SISTÊMICO / MEDICAÇÃO

Marque Sim ou Não para cada item abaixo.

	Sim	Não
1. Diabetes diagnosticada	()	()
2. Doença autoimune (lúpus, artrite reumatoide, síndrome de Sjögren, etc.)	()	()
3. Depressão ou ansiedade diagnosticada	()	()
4. Câncer ou histórico de quimioterapia / radioterapia	()	()
5. Usa 4 ou mais medicações diárias	()	()
6. Faz ou fez uso de caneta emagrecedora (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, etc.)	()	()

7. Liste os medicamentos de uso regular:

G. HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

1. Atleta de performance (amador ou profissional):	() Não	() Sim
--	---------	---------

Esporte:

--

Histórico:

2. Consome isotônicos, barras de proteína ou géis energéticos:	() Não	() Sim
--	---------	---------

3. Tabagismo atual:	() Não	() Sim
---------------------	---------	---------

Se sim, há quantos anos?		Qnt. Cigarros por dia?	
--------------------------	--	------------------------	--

4. Vaping (cigarro eletrônico) atual:	() Não	() Sim
---------------------------------------	---------	---------

5. Drogas recreativas eventuais:	() Não	() Sim	() Prefiro não responder
----------------------------------	---------	---------	---------------------------

Se sim, especifique quais:

--

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL ORPS POCKET



6. Consome bebidas alcoólicas?	() Raramente	() 1/3x por semana	() Diariamente
7. Você se considera sob estresse significativo atualmente?	() Não	() Sim	() Não sei

H. DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

As perguntas abaixo avaliam a função da sua articulação e musculatura da face.

	Sim	Não
1. Você tem dificuldade, dor ou ambos ao abrir a boca (ex: ao bocejar)?	()	()
2. Sua boca já ficou 'travada' ou seu queixo já 'caiu'?	()	()
3. Você tem dificuldade, dor ou ambos ao mastigar, falar ou movimentar a boca?	()	()
4. Você nota algum barulho perto dos ouvidos quando abre a boca ou mastiga?	()	()
5. Normalmente você sente seu rosto cansado, duro ou tenso?	()	()
6. Você tem dor perto do ouvido, dos lados da cabeça ou nas bochechas?	()	()
7. Você tem dores de cabeça, pescoço ou nos dentes com frequência?	()	()
8. Recentemente sofreu alguma pancada na cabeça, pescoço ou queixo?	()	()
9. Observou alguma alteração recente na sua mordida sem ter ido ao dentista?	()	()
10. Já recebeu tratamento prévio para dor no rosto ou problema na região do ouvido?	()	()

Informações adicionais que julgue necessárias:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TRATAMENTO ODONTOLÓGICO E USO DE DADOS CLÍNICOS

Eu, _____, CPF _____, declaro que fui devidamente informado(a) sobre o tratamento odontológico proposto e sobre o uso dos meus dados clínicos, conforme as condições abaixo.

Compreendo que o tratamento odontológico envolve procedimentos clínicos, exames e coleta de informações sobre minha saúde bucal e geral. Declaro que todas as informações prestadas neste documento são totalmente verdadeiras, estando ciente dos riscos para mim e para toda a equipe profissional no caso de informações inverídicas ou faltantes.

Compreendo que meus dados clínicos (informações do questionário, exames, imagens, etc.) podem ser valiosos para fins além do meu tratamento direto, tais como pesquisa, ensino e divulgação científica. O uso desses dados será sempre realizado com a máxima confidencialidade e respeito à minha privacidade.

() **CONCORDO** com o uso dos meus dados para pesquisa, ensino e divulgação científica.

Bases Legais e Confidencialidade (LGPD)

- ✓ Meus dados serão tratados em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018 – LGPD) e o Código de Ética Odontológica.
- ✓ A clínica garante o sigilo profissional e a segurança dos meus dados, utilizando-os apenas para as finalidades consentidas.
- ✓ Os dados serão armazenados em sistemas seguros e acessados apenas por profissionais autorizados.
- ✓ Em caso de compartilhamento para pesquisa ou ensino, serão tomadas todas as medidas para proteger minha identidade.

Retenção e Revogação

- ✓ Meus dados serão retidos pelo período necessário para as finalidades consentidas e conforme a legislação vigente (ex: 5 anos para prontuários clínicos).
- ✓ Tenho o direito de revogar este consentimento a qualquer momento, sem que isso afete a legalidade do tratamento de dados realizado antes da revogação.
- ✓ Para revogar o consentimento ou exercer meus direitos (acesso, correção, exclusão, etc.), posso contatar o DPO da clínica pelo e-mail: marceloltx@gmail.com ou telefone: (19) 99393-2160.

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Paciente / Representante Legal: