

Exame Clínico

Avaliações Gerais

Altura: _____ Peso: _____

Postura: boa regular ruim

Atitude do Paciente: Entusiástica cooperativa não cooperativa antagônica

Extra Oral

Estruturas Faciais	<input type="checkbox"/> simétrica	Perfil	<input type="checkbox"/> Convexo	Padrão Facial	<input type="checkbox"/> braquicéfalo
	<input type="checkbox"/> assimétrica		<input type="checkbox"/> reto		<input type="checkbox"/> mesocéfalo
Maxila	<input type="checkbox"/> ortognata	Mandíbula	<input type="checkbox"/> côncavo	<input type="checkbox"/> dolicocefalo	
	<input type="checkbox"/> prognata		<input type="checkbox"/> ortognata		
	<input type="checkbox"/> retrognata		<input type="checkbox"/> prognata		
			<input type="checkbox"/> retrognata		

Intra Oral

Dentição	<input type="checkbox"/> decídua	Relação Molar	<input type="checkbox"/> classe I	Relação Canina	<input type="checkbox"/> classe I	Forma do Arco	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> mista		<input type="checkbox"/> classe II		<input type="checkbox"/> classe II		<input type="checkbox"/> ogival
	<input type="checkbox"/> permanente		<input type="checkbox"/> classe III		<input type="checkbox"/> classe III		<input type="checkbox"/> atrésico
Curva do Spee	<input type="checkbox"/> excessiva	Mordida Cruzada	<input type="checkbox"/> anterior	Sobremordida Horizontal	<input type="checkbox"/> normal		
	<input type="checkbox"/> moderada		<input type="checkbox"/> posterior bilateral		<input type="checkbox"/> alterada M.M.		
	<input type="checkbox"/> normal		<input type="checkbox"/> posterior lado direito	Sobremordida Vertical	<input type="checkbox"/> normal		
	<input type="checkbox"/> reta		<input type="checkbox"/> posterior lado esquerdo		<input type="checkbox"/> alterada M.M.		
Linha Mediana	<input type="checkbox"/> normal	Adenóide	<input type="checkbox"/> normal	Amígdalas	<input type="checkbox"/> Normais		
	<input type="checkbox"/> desviada _____		<input type="checkbox"/> alterada		<input type="checkbox"/> alteradas		
	maxila _____						
	mandíbula _____						
Risco de Cárie	<input type="checkbox"/> alto	Periodonto	<input type="checkbox"/> saudável	Mucosa Bucal	<input type="checkbox"/> normal		
	<input type="checkbox"/> médio		<input type="checkbox"/> gengivite		<input type="checkbox"/> alterada		
	<input type="checkbox"/> baixo		<input type="checkbox"/> periodontite				

Função Muscular

Lábios	<input type="checkbox"/> Normal	Relação Bilabial	<input type="checkbox"/> classe 1	Deglutição	<input type="checkbox"/> normal	Respiração	<input type="checkbox"/> nasal
	<input type="checkbox"/> hipotônico		<input type="checkbox"/> classe 2		<input type="checkbox"/> contr. M. M. peribucais		<input type="checkbox"/> bucal
	<input type="checkbox"/> hipertônico	<input type="checkbox"/> classe 3	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> contr. M. M. elevadores	<input type="checkbox"/> mista	<input type="checkbox"/> alergias respiratórias	
Fala/Dicção	<input type="checkbox"/> normal	Língua	<input type="checkbox"/> normal	Mastigação	<input type="checkbox"/> normal	Hábitos Bucais	<input type="checkbox"/> sucção de dedo
	<input type="checkbox"/> sibilante		<input type="checkbox"/> interp. na deglutição		<input type="checkbox"/> fraca		<input type="checkbox"/> sucção de lábios
	<input type="checkbox"/> deficiente		<input type="checkbox"/> interp. em repouso		<input type="checkbox"/> forte		<input type="checkbox"/> chupeta
		<input type="checkbox"/> hipertônica				<input type="checkbox"/> roer unhas (onicofagia)	
		<input type="checkbox"/> hipotônica					

Análise Funcional

ATM	<input type="checkbox"/> sem sinais ou sintomas	<input type="checkbox"/> creptação	Oclusão	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> lado trabalho	
	<input type="checkbox"/> dor			<input type="checkbox"/> relação centrada	<input type="checkbox"/> lado balanceiro	
	<input type="checkbox"/> desvios			<input type="checkbox"/> trismus	<input type="checkbox"/> máxima intercuspidação	<input type="checkbox"/> protrusiva
	<input type="checkbox"/> estalos			<input type="checkbox"/> luxação		

Diversos

<input type="checkbox"/> agenesias	<input type="checkbox"/> hipoplasias	_____	_____
<input type="checkbox"/> ausência dentárias	<input type="checkbox"/> traumatismo	_____	_____
<input type="checkbox"/> extranumerários	<input type="checkbox"/> outros	_____	_____