Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

UNICAMP

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CETASE

CENTRO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS
DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
Área de Prótese Fixa e Escultura Dental

FICHA CLÍNICA

1 - Dados Pessoais

Protocolo nº _____

Data: ___/____/20___.

Nome: _____.

Data de Nascimento: ____/____/_____. Estado Civil: _____

Doc. Identidade (RG):_____.

Endereço:_____; complemento: _____. CEP:_____.

Telefone: ( ) _____. Examinador: _____.

2 - Ouvir atentamente o paciente quanto:

- As queixas principais,
- As expectativas do tratamento,
- Descartar causas médicas.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ .

3 – Perguntas relacionadas as ATMs:

- Quando mastiga ou movimenta a mandíbula, percebe algum tipo de ruído nos ouvidos ?

( ) Não. ( ) Estalidos. ( ) Creptação. ( ) Sensação de papel amassado.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

- Quando boceja ou mastiga intensamente, sente a mandíbula “travar”?

( ) Não. ( ) Constantemente. ( ) Esporadicamente.

Cansaço: _____.

Dor: _____.

- Sente dificuldades em abrir ou fechar a boca:

( ) Constantemente. ( ) Esporadicamente.

- Quando movimenta a mandíbula percebe que ela se desloca ?

( ) Não.

( ) Sim.: ( ) Constantemente. ( ) Esporadicamente.

( ) À direita. ( ) À esquerda. ( ) À frente. ( ) À trás.

- Sente sensação de surdez ou ouvido “tapado” ?

( ) Não.

( ) Sim.: ( ) Constantemente. ( ) Esporadicamente.

( ) No ouvido direito. ( ) No ouvido esquerdo.

- Percebe “apito” ou “zumbido” nos ouvidos ?

( ) Não.

( ) Sim.: ( ) Constantemente. ( ) Esporadicamente.

- Sente dores nas ATMs. quando mastiga ?

( ) Não.

( ) Sim: ( ) Direita. ( ) Esquerda. ( ) Bilateral.

- Aspecto radiográfico das ATMs (desenhar um esboço da posição condilar observada nas tomografias):

<u>Antes do tratamento:</u>

DIREITA MIH

DIREITA REPOUSO

DIREITA ABERTURA MÁXIMA

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

ESQUERDA MIH

ESQUERDA REPOUSO

ESQUERDA ABERTURA MÁXIMA

( ) Inconclusivo.

Após o tratamento:

DIREITA MIH

DIREITA REPOUSO

DIREITA ABERTURA MÁXIMA

ESQUERDA MIH

ESQUERDA REPOUSO

ESQUERDA ABERTURA MÁXIMA

-Radiografia Panorâmica (comentários):

_____

_____

_____

_____.

4 - Perguntas relacionadas a musculatura:

- Ao acordar sente sensação de rosto pesado ou cansaço facial ?

( ) Não.

( ) Sim. ( ) Lado esquerdo. ( ) Lado direito.

Especificar a(s) região(s): _____.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

- Ao mastigar, sente sensação de cansaço ou dor na face ?

( ) Não.

( ) Sim. ( ) Lado esquerdo. ( ) Lado direito.

Cansaço (especificar as regiões):_____.

Dor (especificar as regiões): _____.

- Sente dor na região temporal ?

( ) Não.

( ) Sim. ( ) região anterior. ( ) região média. ( ) região posterior.

( ) fraca. ( ) moderada. ( ) forte. ( ) "trigger"

( ) lado direito. ( ) lado esquerdo. ( ) expontânea. ( ) quando mastiga.

( ) esporádica. ( ) constante.

- Sente dor na região masseterina ?

( ) Não.

( ) Sim. ( ) próximo ao ouvido. ( ) ramo da mandíbula. ( ) ângulo da mandíbula.

( ) fraca. ( ) moderada. ( ) forte. ( ) "trigger".

( ) lado direito. ( ) lado esquerdo. ( ) expontânea. ( ) quando mastiga.

( ) esporádica. ( ) constante.

- Sente dores na região frontal ?

( ) Não.

( ) Sim. ( ) próximo as órbitas. ( ) na testa. ( ) no ápice da cabeça.

( ) fraca. ( ) moderada. ( ) forte. ( ) "trigger".

( ) lado direito. ( ) lado esquerdo. ( ) expontânea. ( ) quando mastiga.

( ) esporádica. ( ) constante.

- Sente dores na nuca e/ou pescoço ?

( ) Não.

( ) Sim. ( ) tipo torcicolo. ( ) na base da cabeça. ( ) na base do pescoço.

( ) fraca. ( ) moderada. ( ) forte. ( ) "trigger".

( ) expontânea. ( ) ao acordar. ( ) esporádica. ( ) constante.

- Sente dores nas costas ?

( ) Não.

( ) Sim. ( ) região cervical. ( ) região torácica. ( ) região lombar.

( ) fraca. ( ) moderada. ( ) forte. ( ) "trigger".

( ) expontânea. ( ) quando está sentado. ( ) esporádica. ( ) constante.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

- Sente sensibilidade dolorosa nos seios, ao toque? (apenas para o gênero feminino)

( ) Não. ( ) Sim.

O início da sensibilidade coincide com os outros sintomas ? ( ) Sim. ( ) Não.

Consultou um ginecologista ? ( ) Sim. ( ) Não.

Comentários: _____ .

5 - Perguntas relacionadas a sinais e sintomas inespecíficos (conexões anatomo-funcionais):

- Sente anuviamento visual ?

( ) Não.

( ) Sim. ( ) esporadicamente. ( ) constantemente.

( ) quando tem dores. ( ) espontaneamente.

( ) consultou oftalmologista. ( ) olho esquerdo. ( ) olho direito.

Comentários: _____.

- Sente sensação de surdez ?

( ) Não.

( ) Sim. ( ) quando a mandíbula trava. ( ) espontaneamente.

( ) esporadicamente. ( ) constantemente.

( ) consultou otorrinolaringologista.

Comentários: _____.

- Sente sensação de vertigem ?

( ) Não.

( ) Sim. ( ) quando tem dores. ( ) esporadicamente.

( ) constantemente. ( ) espontaneamente.

( ) consultou otorrinolaringologista.

Comentários: _____.

- Sente sensação de coceira ou corrimento nos ouvidos ?

( ) Não.

( ) Sim. ( ) direito. ( ) esquerdo.

( ) constantemente ( ) esporadicamente.

( ) consultou otorrinolaringologista.

Comentários: _____.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

6 - Pesquisar clinicamente:

- Assimetria facial: ( ) Sim. ( ) Não.
( ) Hipertrofia muscular.

Região: _____.

- Uso de aparelhos ortodônticos: ( ) Sim. ( ) Não.
( ) fixo. ( ) móvel.

Quanto tempo: _____.

Extraiu algum dente para colocação do aparelho ortodontico ? ( ) Sim. ( ) Não.

Qual (is) : _____.

Há quanto tempo: _____.

- Características da Dimensão Vertical de Oclusão: ( ) Alta. ( ) Baixa. ( ) Normal.

- Desvio de linha média: ( ) Sim. ( ) Não.

( ) à direita. ( ) à esquerda. ( ) em abertura. ( ) em fechamento.

Causa (s) aparente (s): _____.

- Limitação de abertura de boca: ( ) Sim. ( ) Não.

Abertura: _____mm.

- Ausência de espaço de Christensen: ( ) Sim. ( ) Não.

( ) Oclusão molar em protrusão. ( ) Oclusão molar em trabalho.

( ) Oclusão molar em balanço. ( ) Mordida aberta anterior.

( ) Mordida cruzada anterior. ( ) Mordida cruzada posterior.

- Presença de guia em incisivo: ( ) Sim. ( ) Não.
- Presença de guia em canino: ( ) Sim. ( ) Não.

- Identificar as regiões e superfícies dentárias onde estão ocorrendo as interferências oclusais identificadas (se houverem):

_____

_____

_____

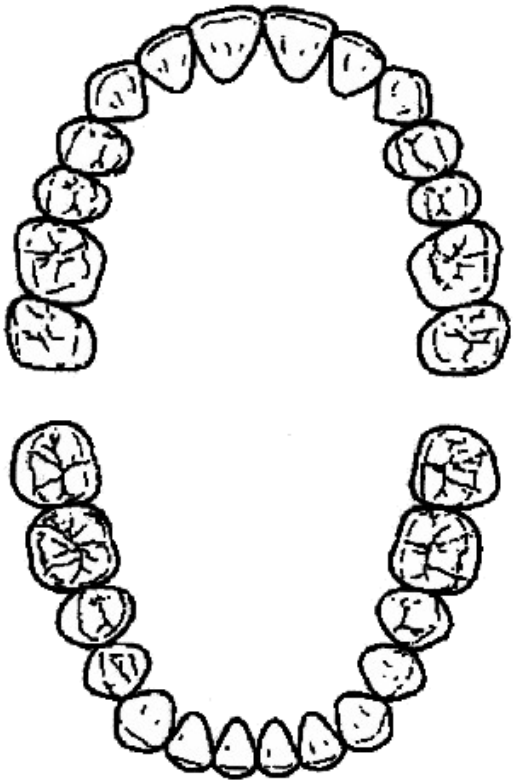
_____

_____

_____ .

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

- Ausência de dentes (Assinalar a ausência ou a perda precoce em caso de dentição mista ou decídua):



- Presença de salto condilar:

( ) Sim. ( ) Não.

( ) Lado direito. ( ) Lado esquerdo. ( ) Abertura. ( ) Fechamento.

- Tipo de Oclusão (Classificação de Angle):

( ) Classe I. ( ) Classe II. ( ) Classe III.

( ) Chave de Oclusão Molar. ( ) Chave de Oclusão Molar Alterada.

( ) Tranpasse Vertical Profundo ( ) Transpasse horizontal Acentuado.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

7 - Teste de Resistência:

( ) Positivo. ( ) Negativo.

- Reproduziu a sintomatologia relatada ?

( ) Parciamente ( ) Totalmente.

Comentários (utilizar a escala combinada para aferir a intensidade da sintomatologia):

_____ .

8 - Teste de Carga:

- Mordida Unilateral:

Reação Sintomatológica:

( ) Negativa. ( ) Positiva Lado direito. ( ) Positiva Lado Esquerdo.

- Mordida Bilateral:

Reação Sintomatológica:

( ) Negativa. ( ) Positiva Lado direito. ( ) Positiva Lado Esquerdo.

Comentários (utilizar a escala combinada para aferir a intensidade da sintomatologia):

_____ .

9 - Exame Físico – Palpação muscular:

- Músculo Temporal (Sensibilidade Dolorosa – observar valores da escala combinada):

( ) Sim. ( ) Não.

Temporal Anterior: ( ) Fraca (0-3). ( ) Moderada (4-7). ( ) Forte (8-10). ( ) “Trigger Zone”.

Temporal Médio: ( ) Fraca (0-3). ( ) Moderada (4-7). ( ) Forte (8-10). ( ) “Trigger Zone”.

Temporal Posterior: ( ) Fraca (0-3). ( ) Moderada (4-7). ( ) Forte (8-10). ( ) “Trigger Zone”.

Tendão do m. Temporal (Retromolar): ( ) Positivo. ( ) Negativo

Tendão do m. Temporal (Apófise Coronóide): ( ) Positivo. ( ) Negativo.

- Músculo Masséter (Sensibilidade Dolorosa): ( ) Sim. ( ) Não.

Masséter Superficial: ( ) Fraca (0-3). ( ) Moderada (4-7). ( ) Forte (8-10). ( ) “Trigger Zone”.

Masséter Profundo: ( ) Fraca (0-3). ( ) Moderada (4-7). ( ) Forte (8-10). ( ) “Trigger Zone”.

- Músculo Esternocleidomastoídeo (Sensibilidade Dolorosa): ( ) Sim. ( ) Não.

( ) Fraca (0-3). ( ) Moderada (4-7). ( ) Forte (8-10). ( ) “Trigger Zone”.

- Músculo Trapézio Cervical (Sensibilidade Dolorosa): ( ) Sim. ( ) Não.

( ) Fraca (0-3). ( ) Moderada (4-7). ( ) Forte (8-10). ( ) “Trigger Zone”.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

- Músculo Platisma (Sensibilidade Dolorosa): ( ) Sim. ( ) Não.

( ) Fraca (0-3). ( ) Moderada (4-7). ( ) Forte (8-10). ( ) "Trigger Zone".

- Músculos Digástrico, Genihioideo, Milihioideo (Sensibilidade Dolorosa):

( ) Sim. ( ) Não.

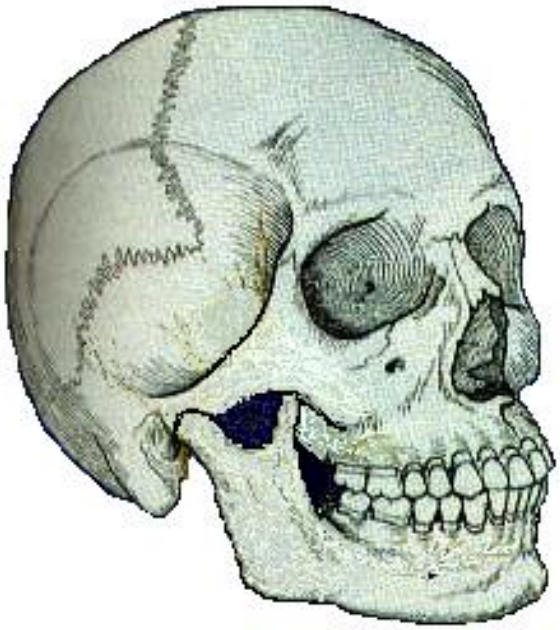
( ) Fraca (0-3). ( ) Moderada (4-7). ( ) Forte (8-10). ( ) "Trigger Zone".

- Músculo Pterigóideo Medial (Sensibilidade Dolorosa): ( ) Sim. ( ) Não.

( ) Ângulo de mandíbula. ( ) Região Mediana.

( ) Fraca (0-3). ( ) Moderada (4-7). ( ) Forte (8-10). ( ) "Trigger Zone".

- Assinalar *em vermelho* as regiões com manifestação dolorosa voluntária e, *em azul* as detectadas através do exame físico (palpação muscular):



Comentários:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

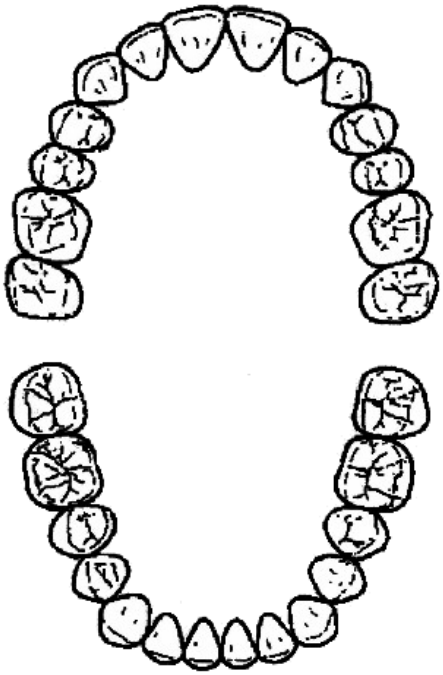
_____

_____ .

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

10 - Mapeamento Oclusal:

- Assinalar em vermelho os contatos cêntricos, em azul os de excursões protrusivas, em verde os obtidos em excursões latero-protrusivas:



11 - Antecedentes de ordem médica:

- Neurológicos: _____ .
- Cardiovasculares: _____ .
- Musculares: _____.
- Alérgicos: _____ .
- Hormonais: _____.
- Reumáticos: _____.
- Traumáticos: _____.
- Digestivos: _____.
- Sangüíneos: _____.
- Ortopédicos: _____.

EXAMINADOR : _____. CRO:_____.

DATA: _____/_____/_____.

Eu, _____, indentificado no ítem n.1 desta ficha declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras.

Assinatura do paciente: _____.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

DIAGNÓSTICO PROPOSTO	
EXAMINADOR:	DATA:

PLANO DE TRATAMENTO		
EXAMINADOR:	PACIENTE:	DATA:

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

DATA	PROCEDIMENTO EXECUTADO	VISTO