

PROGRAMA SORRINDO PARA O FUTURO  
MAPA DE SAÚDE PARA PREENCHIMENTO

Município: \_\_\_\_\_  
 Escola: \_\_\_\_\_  
 Turma: \_\_\_\_\_  
 Data da Primeira Avaliação: \_\_\_\_\_  
 Data da Segunda Avaliação: \_\_\_\_\_

**DADOS COLETADOS POR:**  
 NOME DO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_  
 PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
 E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 TELEFONE: \_\_\_\_\_



LEGENDA PARA PREENCHIMENTO

**DENTIÇÃO DECÍDUA**  
 C – Soma do número de dentes decíduos cariados, atribuindo nota 1 para cada dente apontado;  
 O – Soma do número de dentes decíduos restaurados, atribuindo nota 1 para cada dente apontado;  
 EI – Soma do número de dentes decíduos com extração indicada, atribuindo nota 1 para cada dente apontado;  
 H – Soma do número de dentes decíduos hígidos, atribuindo nota zero para cada dente apontado.

**DENTIÇÃO MISTA**  
 C – Soma do número de 1<sup>o</sup> molares permanentes cariados, atribuindo nota 1 para cada dente apontado;  
 O – Soma do número de 1<sup>o</sup> molares permanentes restaurados, atribuindo nota 1 para cada dente apontado;  
 P – Soma do E + EI sendo: E – número de 1<sup>o</sup> molares permanentes extraídos, atribuindo nota 1 para cada dente apontado;  
 EI – número de 1<sup>o</sup> molares permanentes com extração indicada, atribuindo nota 1 para cada dente apontado;  
 H – Soma do número de 1<sup>o</sup> molares permanentes hígidos, atribuindo nota zero para cada dente apontado.

**STATUS DO TRATAMENTO**  
**Inicial:**  
 (1) Encaminhada  
 (2) Não necessita  
 (3) Em tratamento  
 (4) Faltou na data da coleta  
 (5) Criança se recusou  
**Final:**  
 (1) Não recebeu  
 (2) Concluído  
 (3) Faltou na data da coleta  
 (4) Criança se recusou  
 (5) Permanece em tratamento

● Optar por apenas um tipo de dentição

DADOS		PERFIL		PRIMEIRO EXAME ANUAL																		
Nome do Aluno	Série	Entregou Formulário de autorização?	Sexo M ou F	Data de nascimento	Má Oclusão	Respiração	Dentição Decídua				Dentição Mista					Status do Tratamento inicial	Local Tratamento	1ª MEDIÇÃO				
							C	O	EI	H	CEO-d total	C	O	P E+EI	H			CPO 1 m total	Peso 1	Peso 2	Altura 1	Altura 2

**LOCAL DE TRATAMENTO**  
 (1) Programa de saúde da família  
 (2) Unidade básica de saúde  
 (3) Escola  
 (4) Unidade móvel de saúde  
 (5) Consultório particular  
 (6) Outro

**MÁ OCLUSÃO?**  
 (S) = SIM (N) = NÃO

**TESTE DE RESPIRAÇÃO**  
 (N) = NASAL  
 (M) = MISTA  
 (B) = BUCAL

**SÉRIE**  
 A = NÍVEL A 3 = TERCEIRO ANO  
 B = NÍVEL B 4 = QUARTO ANO  
 1 = PRIMEIRO ANO 5 = QUINTO ANO  
 2 = SEGUNDO ANO

**ENTREGOU FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO ?**  
 (S) = SIM  
 (N) = NÃO