



FICHA DE PRIMEIRA CONSULTA

Questionário Clínico de Primeira Vez

Preencha a caneta, com letra legível. Assinale as opções aplicáveis. Preencha os campos adicionais apenas quando se aplicarem à sua resposta. No final, leia o consentimento, assinale a sua aceitação, indique a data e assine. Se o paciente for menor, deverá assinar o representante legal.

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório.

DADOS PESSOAIS

Nome completo *

Morada

Código Postal

Cidade

País de residência

Nacionalidade

Data de Nascimento *

Idade

Sexo *

☐ Feminino ☐ Masculino
☐ Outro / Prefiro não indicar

Telefone

☐ +351 ☐ +34 ☐ +33 ☐ +44 ☐ +49 ☐ +41 ☐ +352 ☐ +32 ☐ +31 ☐ +39 ☐ +353 ☐ +1 ☐ +55
☐ +238 ☐ +244 ☐ +258 ☐ +245 ☐ +239 ☐ +212 ☐ +86 ☐ +91 ☐ +971

NIF

Nº SNS / Utente

Email

☐ Não possui NIF português / identificação fiscal estrangeira

☐ Não possui número de utente do SNS

Profissão

Médico dentista habitual (opcional)

Nome de familiar / amigo (opcional)

Telefone do familiar / amigo (opcional)

Email do familiar / amigo (opcional)

Preencher quando o paciente é menor de 18 anos.

Se menor — responsável legal *

Nome do(s) responsável(eis) *

Contacto do responsável *

☐ Mãe ☐ Pai ☐ Tutor
☐ Ambos (mãe e pai)

DADOS DE INTERESSE

Médico Dentista / Médico

☐ Dr. Miguel Fraga G. ☐ Dr. Pedro Costa Monteiro
☐ Dr. António Matos da Fonseca ☐ Dra. Catarina Bonito Vítor
☐ Dr. Hugo Sousa Dias ☐ Dr. José Pedro Martins ☐ Dra. Carmo Lencastre
☐ Outro

Preencher se escolher «Outro» no médico.

Nome do médico (opcional)

Qual o motivo da consulta?

Como nos conheceu?

☐ Recomendação de um paciente já tratado na clínica
☐ Recomendação de um médico dentista, médico ou outro profissional de saúde
☐ Recomendação de um amigo ou familiar
☐ Pesquisa no Google ☐ Redes sociais
☐ Website da clínica ☐ Outro

Preencher nas opções de recomendação por paciente, profissional de saúde ou amigo/familiar.

Quem nos recomendou? (opcional)

Preencher se escolher «Outro» em «Como nos conheceu?».

Qual? (opcional)

Tem alergia ou já teve alguma reacção alérgica a algum medicamento?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei / Tenho dúvidas

Preencher se responder «Sim» à alergia a medicamentos.

A que medicamento?

Que reacção teve?

Outras alergias (alimentos, látex, etc.)? Em caso afirmativo, quais?

É fumador/a?

☐ Não ☐ Sim ☐ Ex-fumador/a

Preencher para fumador ou ex-fumador.

Cigarros por dia

Preencher para fumador ou ex-fumador.

Desde quando / Há quanto tempo

Consome bebidas alcoólicas?

☐ Não ☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente

Preencher para consumo ocasional ou regular.

Bebidas por semana

É nervoso/a?

☐ Não ☐ Sim

Toma actualmente algum medicamento?

☐ Não ☐ Sim

Preencher se responder «Sim» à toma de medicamentos.

Qual ou quais? (nome, dose e frequência)

Variou mais de 10 kg de peso no último ano?

☐ Não ☐ Sim

HISTÓRIA CLÍNICA

Assinale as condições que teve ou tem actualmente.

- ☐ Problemas cardíacos
- ☐ Cancro / Leucemia
- ☐ Problemas de rins
- ☐ Gastrite / Úlceras
- ☐ Sinusite
- ☐ Problemas de sangue
- ☐ Glaucoma
- ☐ Hepatite A, B, C ou outras
- ☐ Pacemaker
- ☐ Epilepsia
- ☐ Reumatismo

- ☐ Tensão alta
- ☐ Embolia
- ☐ Enfisema
- ☐ Asma
- ☐ Problemas de tiroide
- ☐ Quimioterapia
- ☐ HIV
- ☐ Tratamento psiquiátrico
- ☐ Tuberculose
- ☐ Consumo de drogas

Outras condições

INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA PROCEDIMENTOS MÉDICO-DENTÁRIOS

△ ESTAS INFORMAÇÕES SÃO MUITO IMPORTANTES PARA A SUA SEGURANÇA E PARA O PLANEAMENTO DO TRATAMENTO.

☐ Toma ou tomou medicamentos para a osteoporose ou para fortalecer os ossos? (ex.: alendronato, ácido zoledrónico, denosumab ou outros bifosfonatos/antirreabsortivos)

☐ Fez radioterapia na cabeça ou no pescoço?

☐ Toma medicamentos para a diabetes, para reduzir o apetite ou para perder peso? (ex.: Ozempic®, Wegovy®, Mounjaro®, Saxenda®, Trulicity® ou semelhantes)

☐ Toma medicamentos para tornar o sangue mais fino ou prevenir coágulos, trombozes, enfartes ou AVC? (ex.: varfarina, apixabano, rivaroxabano, dabigatran, edoxabano, aspirina/AAS ou clopidogrel)

☐ Tem as defesas diminuídas ou faz tratamentos que reduzam a imunidade? (ex.: corticoides prolongados, imunossuppressores, quimioterapia ou transplante)

☐ Tem Diabetes?

TEM OU COSTUMA TER AZIA, ACIDEZ, REFLUXO, ARDOR NO ESTÔMAGO OU REGURGITAÇÃO?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei / Tenho dúvidas

Preencher se responder «Sim» ao refluxo.

QUE MEDICAÇÃO TOMA?

COM QUE FREQUÊNCIA TOMA A MEDICAÇÃO?

☐ Apenas quando tenho sintomas ☐ Menos de uma vez por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ 3 ou mais vezes por semana ☐ Todos os dias
☐ Não sei

Em caso de dúvida, indique o nome do medicamento ou apresente uma fotografia da embalagem.

Preencher se assinalar medicamentos para a osteoporose / ossos. Preencher abaixo o bloco de cada indicação assinalada.

Indicação (pode assinalar mais do que uma):

- ☐ Osteoporose
- ☐ Outra indicação
- ☐ Doença oncológica
- ☐ Não sabe

Preencher se assinalar esta indicação.

Osteoporose

Nome do medicamento	Via de administração	Frequência (ex.: semanal, mensal, anual)
	☐ Oral ☐ Intravenosa ☐ Subcutânea ☐ Outra ☐ Não sabe	
Data aproximada de início	Ainda está a tomar?	Data da última administração
	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei / Tenho dúvidas	

Preencher se assinalar esta indicação.

Doença oncológica

Nome do medicamento	Via de administração	Frequência (ex.: semanal, mensal, anual)
	☐ Oral ☐ Intravenosa ☐ Subcutânea ☐ Outra ☐ Não sabe	
Data aproximada de início	Ainda está a tomar?	Data da última administração
	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei / Tenho dúvidas	

Preencher se assinalar esta indicação.

Outra indicação

Nome do medicamento	Via de administração	Frequência (ex.: semanal, mensal, anual)
	☐ Oral ☐ Intravenosa ☐ Subcutânea ☐ Outra ☐ Não sabe	
Data aproximada de início	Ainda está a tomar?	Data da última administração
	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei / Tenho dúvidas	

Preencher se assinalar esta indicação.

Não sabe

Nome do medicamento	Via de administração	Frequência (ex.: semanal, mensal, anual)
	☐ Oral ☐ Intravenosa ☐ Subcutânea ☐ Outra ☐ Não sabe	
Data aproximada de início	Ainda está a tomar?	Data da última administração
	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei / Tenho dúvidas	

Preencher se assinalar anticoagulantes / antiagregantes.

Qual anticoagulante/antiagregante? _____

Preencher se assinalar medicamentos para diabetes, apetite ou perda de peso.

Qual fármaco, dose e há quanto tempo? _____

Preencher se assinalar diabetes.

Tipo de Diabetes: ☐ Tipo I ☐ Tipo II ☐ Gestacional

Já teve problemas com anestesia (você ou família)?

☐ Não ☐ Sim

Preencher quando é seleccionado o sexo feminino.

Toma anticoncetivos orais?

☐ Não ☐ Sim

Cirurgias anteriores (intervenção e ano)

Usa prótese dentária, aparelho auditivo ou lentes de contacto? Indique quais.

SAÚDE ORAL E MAXILOFACIAL

☐ Range ou aperta os dentes (bruxismo)

☐ Problemas de cicatrização em feridas ou cirurgias anteriores

☐ Apneia do sono

Preencher se assinalar apneia do sono.

Diagnóstico confirmado (estudo do sono)? ☐ Não ☐ Sim Usa CPAP? ☐ Não ☐ Sim

☐ Tem sintomas na articulação da mandíbula (ATM)?

Preencher se assinalar sintomas na articulação da mandíbula.

Assinale os sintomas que se aplicam:

☐ Ruído ou estalido na articulação

☐ Dor ao mastigar

☐ Dor ao abrir muito a boca ou bocejar

☐ Dores à frente ou atrás do ouvido

☐ Dores de cabeça, pescoço ou nuca frequentes

☐ A mandíbula bloqueia ou desvia ao fechar

OUTRAS QUESTÕES

Foi hospitalizado/a nos últimos anos?

Quando se corta, sangra muito?

☐ Não ☐ Sim

Preencher quando é seleccionado o sexo feminino.

Está ou poderá estar grávida?

Está satisfeito/a com os seus dentes?

☐ Não ☐ Sim

☐ Não ☐ Sim ☐ Possivelmente

Alguma vez comentaram que tem mau hálito? / Outras observações

CONSENTIMENTO E PROTEÇÃO DE DADOS

Todo o tratamento de dados pessoais e dados de saúde será realizado nos termos do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados — RGPD — e demais legislação aplicável, respeitando os princípios da confidencialidade, minimização dos dados, limitação das finalidades, segurança, conservação pelo período legal ou clinicamente necessário, e salvaguarda dos demais direitos e deveres.

O preenchimento do presente formulário pressupõe a autorização para a aquisição de dados e registos, incluindo fotografias, vídeo, imagens, scans 3D intraorais e extraorais, e outros dados, para fins de comunicação interna, comunicação com laboratórios e com TPD — Técnicos de Prótese Dentária —, bem como em contexto científico, formativo, estatístico ou de desenvolvimento/validação de ferramentas digitais ou de inteligência artificial, desde que anonimizados ou pseudonimizados sempre que possível.

As imagens ou vídeos em que possa ser perceptível a identificação do paciente não serão utilizados, excepto mediante autorização expressa para esse efeito.

NOTA: A prescrição de exames radiológicos, tal como uma prescrição medicamentosa, deve ser adequada ao diagnóstico ou tratamento do paciente. Assim, qualquer exame radiológico deverá ser realizado de acordo com uma necessidade clínica concreta.

O preenchimento do presente questionário médico/formulário pressupõe também que autoriza a prescrição e aquisição de exames auxiliares de diagnóstico, nomeadamente radiografias, RX intraorais, ortopantomografias, tomografias, CBCT, entre outros, sempre que estes sejam necessários para o diagnóstico, início de tratamento, continuidade de tratamentos anteriormente iniciados ou durante um procedimento médico-dentário.

Estes dados poderão ser indispensáveis na primeira consulta, em qualquer consulta subsequente ou mesmo intraoperatoriamente.

Os exames auxiliares de diagnóstico com exposição radiológica apenas serão efectuados com a concordância/autorização para o acto médico em causa, e sempre com base numa necessidade clínica concreta.

Independentemente do idioma em que este formulário for preenchido, o mesmo será automaticamente traduzido para português e, se necessário, impresso, para melhor compreensão pelos nossos clínicos.

☐ Li e aceito (OK) — declaro que li, compreendi e aceito as condições acima, e que os dados fornecidos são verdadeiros.

Se o paciente for menor, o consentimento é dado pelo responsável legal:

Assinatura do paciente / representante legal

Data: ____ / ____ / ____