

Avaliação Morfofuncional do Sistema Estomatognático

Nome:	Prontuário:	Avaliação: ___ / ___ / ___
Nascimento: ___ / ___ / ___	Idade:	Avaliação: () Pré-operatório () Pós-operatório ___ dias

Diagnóstico:	
Tratamentos Anteriores:	
Queixa Principal no Momento:	

Aspecto Orofacial			
Edema <input type="checkbox"/> não se aplica 1 – Leve 2 – Moderado 3 – Severo		Cicatriz <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Cicatriz	
Acesso Cirúrgico:		() Bloqueio Intermaxilar	Outros:

Avaliação da Dor	
Verbaliza queixa álgica? () Não () Sim:	Onde? Qual situação?
À apalcação (graduar segundo escala EVA 0-4):	
() Temporal D	() Temporal E
() Masseter D	() Masseter E
() Face D (região orbitária e zigomática)	() Face E (região orbitária e zigomática)
() Esternocleidomastoideo D	() Esternocleidomastoideo E
() Região Cervical D	() Região Cervical E
() Trapézio D	() Trapézio E
() Região Submandibular D	() Região Submandibular E
() Região Peitoral D	() Região Peitoral E
() ATM D (dentes em oclusão)	() ATM E (dentes em oclusão)
() ATM D (lábios vedados e dentes desocluídos)	() ATM E (lábios vedados e dentes desocluídos)
() ATM D (boca em abertura máxima)	() ATM E (boca em abertura máxima)

Características Faciais			
Face: () curta () média () longa			
Perfil: () reto () côncavo () convexo () biprotuso			
Terço: Superior: ___ mm	Médio: ___ mm Inferior: ___ mm		
Deformidade craniofacial / oclusão:			
Demais dados relativos à oclusão:			
() cruzada unilateral	() cruzada bilateral	() profunda	() sobremordida ___ mm
() aberta anterior: ___ mm	() aberta lateral: Lado: ___ / ___ mm	() aberta posterior: Lado: ___ / ___ mm	() sobressaliência ___ mm
Linha Média:	Dentária: () central () não-central – desvio predominante: _____		
	Esquelética: () central () não-central – desvio predominante: _____		

Avaliação Morfológica	

Musculatura	
<p>Mímica Facial:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paralisia 2. Paresia 3. Hipofunção 4. Mobiliza com tremor 	<div style="text-align: center;">  </div> <p>Língua:</p> <p>Mobilização 4 cantos: () Sim () Não _____</p> <p>Protrusão (cinco segundos): _____</p> <p>Função Velofaríngea:</p> <p>Mobilidade de Véu: () Sim () Restrita () Ausente</p> <p>Mobilidade de parede posterior: () Sim () Restrita () Ausente</p> <p>Mobilidade de parede lateral: () Sim () Restrita () Ausente</p>
<p>Mastigatórios:</p> <p>Temporais: () simétricos () assimétricos () ↑D () ↑E () não perceptíveis</p> <p>Masséteres: () simétricos () assimétricos () ↑D () ↑E () não perceptíveis</p>	
<p>Nódulos de tensão: () Sim () Não</p>	

Movimentos mandibulares		
() Paciente bloqueado ou ainda não pode realizar		
Amplitude interincisal máxima: _____ mm	Amplitude máxima corrigida: _____ mm	
Desvio: () Não () Sim → () ↑D () ↑E	Estalo: () Não () Sim → () ↑D () ↑E	Crepitação: () Não () Sim → () ↑D () ↑E
Lateralidade D: _____ mm	Lateralidade E: _____ mm	Protrusão: _____ mm

Funcionalidade	
Respiração:	
Mastigação:	
Deglutição:	
Fala:	
Voz:	
Hábitos deletérios:	

Conclusão e Conduta

Data:

Carimbo e Assinatura:
