



## 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			
<b>Edema</b> <input type="checkbox"/> não se aplica  1 – Leve 2 – Moderado 3 – Severo		<b>Cicatriz</b> <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	

# Livia Scelza

FONO AUDIÓLOGA

CRFa 13061 RJ

Musculatura	
<b>Mímica Facial:</b> 1. Paralisia 2. Paresia 3. Hipofunção 4. Mobiliza com tremor	 <b>Língua:</b> Mobilização 4 cantos: ( ) Sim ( ) Não _____ Protrusão (cinco segundos): _____ <b>Função Velofaríngea:</b> Mobilidade de Véu: ( ) Sim ( ) Restrita ( ) Ausente Mobilidade de parede posterior: ( ) Sim ( ) Restrita ( ) Ausente Mobilidade de parede lateral: ( ) Sim ( ) Restrita ( ) Ausente
<b>Mastigatórios:</b> Temporais: ( ) simétricos ( ) assimétricos ( ) ↑D ( ) ↑E ( ) não perceptíveis Masséteres: ( ) simétricos ( ) assimétricos ( ) ↑D ( ) ↑E ( ) não perceptíveis	Nódulos de tensão: ( ) Sim ( ) Não Nódulos de tensão: ( ) Sim ( ) Não

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:
-----------------------