



PUCPR



AVALIAÇÃO DO TRAUMA DENTÁRIO

Data (d/m/a)

--	--	--	--	--	--

Duplicata
INTER

--

Duplicata
INTRA

--

Código
EXAMINADOR

--

Código
ESCOLA

--

Tipo

--

1- Pública
2- Privada

Código
CRIANÇA/ADOLESC

--

Nome

--

Gênero

--

Idade

--

1- Masculino
2- Feminino

1- 12 anos
2- 15 anos

Endereço (Rua, nº)

--

Bairro

--

TRAUMA DENTARIO

12	11	21	22	32	31	41	42

LOCAL

--

1- casa
2- escola
3- rua
4- não sabe
5- outro

CAUSA

--

1- atividade física/esporte
2- colisões pessoas/objetos
3- quedas
4- acidentes trânsito
5- violência/brigas
6- mal uso dos dentes
7- não sabe
8- outros

Código	Critério
0	Sem trauma
1	Descoloração
2	Trinca de esmalte
3	Fratura de esmalte
4	Fratura de esmalte e dentina
5	Fratura com exposição pulpar
6	Perda dental (avulsão)

Código	Critério
7	Restauração compósito
8	Colagem de fragmento
9	Coroa permanente
10	Coroa provisória
11	Prótese removível
12	Fístula/edema
99	Não avaliado