

AVALIAÇÃO ORTODÔNTICA

1- Já realizou tratamento ortodôntico anteriormente? Sim () Não ()

2-Tipo de aparelho utilizado: Móvel () Fixo ()

Duração:.....

3-Concluiu o tratamento? Sim () Não ()

Por que não concluiu o tratamento?.....

.....

4-Qual o principal motivo que o levou, atualmente, a procurar o tratamento ortodôntico?

Descreva o seu principal problema:

.....

5-Alguém na família tem o mesmo problema? Sim () Não ()

Quem?.....

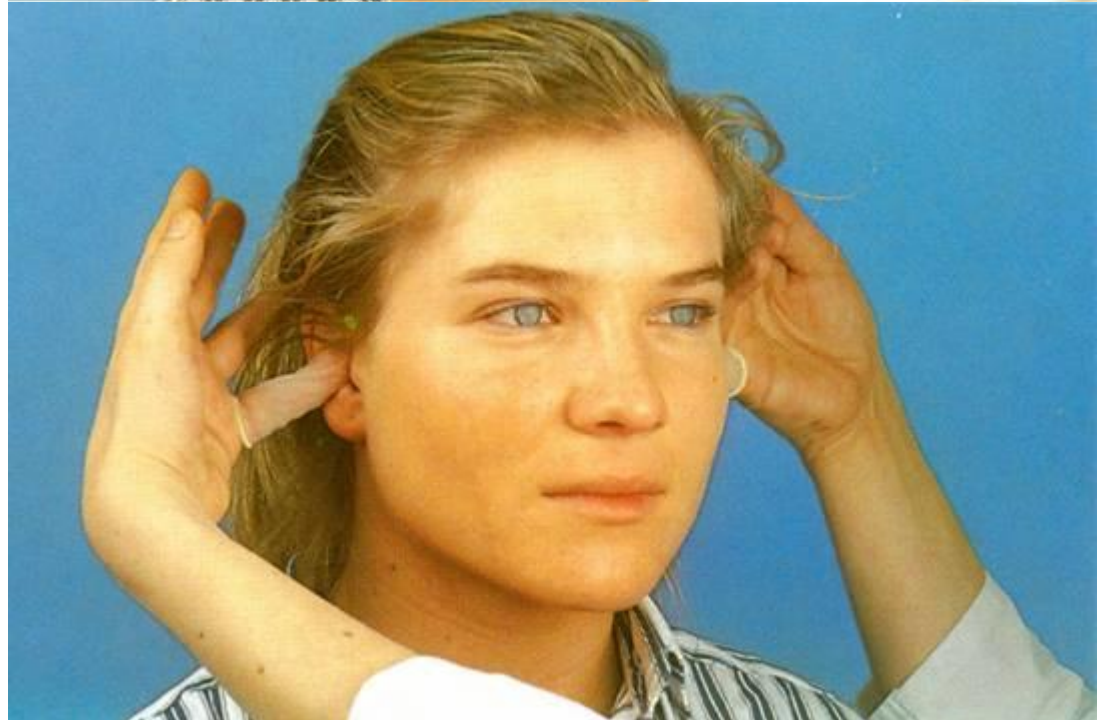
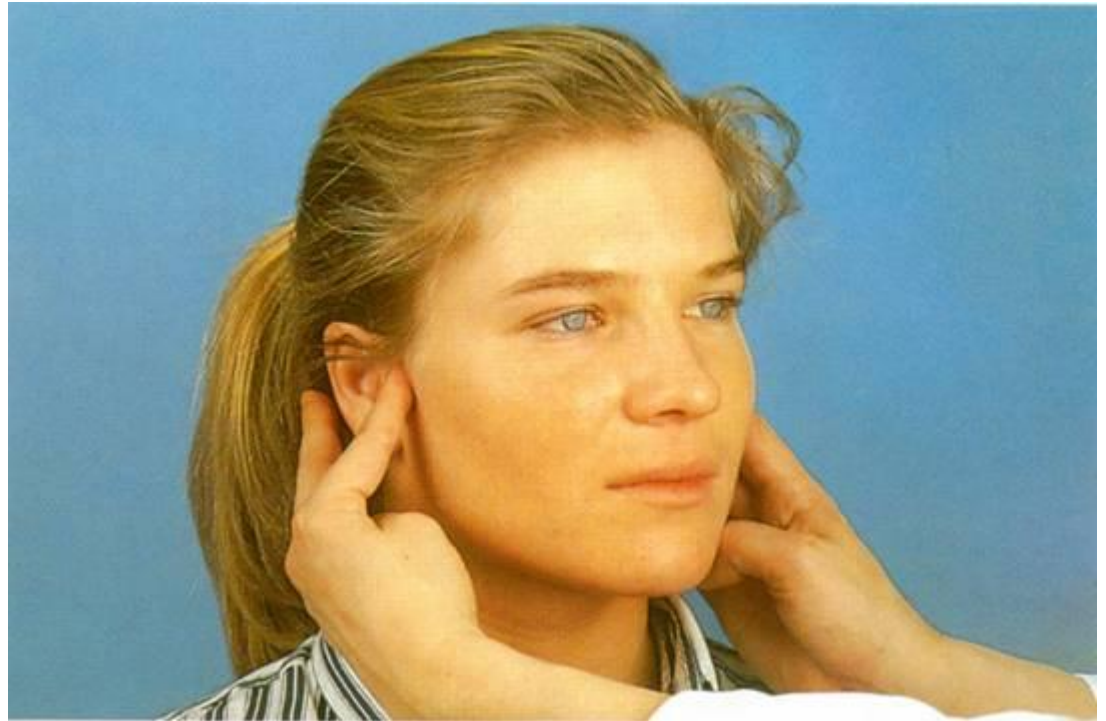
EXAME EXTRA BUCAL

(ATM, músculos da face.cabeça, pescoço,face, mãos)

.....

EXAME EXTRA
BUCAL

ATM



EXAME EXTRA BUCAL

Músculos da Face



EXAME EXTRA BUCAL- Músculos da Cabeça



ANÁLISE FACIAL E INTRA BUCAL

Padrão facial:

☐ Braqui

☐ Meso

☐ Dolico

Perfil:

☐ Normal

☐ Convexo

☐ Côncavo

Simetria facial:

☐ Simétrico

☐ Assimétrico

Musculatura peribucal:

a. Lábio superior

☐ Hipotônico

☐ Normal

☐ Hipertônico

b. Lábio inferior

☐ Hipotônico

☐ Normal

☐ Hipertônico

Forma do palato:

☐ Normal

☐ Atrésico

☐ Raso

Tonsila palatina:

☐ Normal

☐ Hipertrofiada

☐ Ausente

Frênulos:

a. Labial superior

☐ Normal

☐ Anormal

b. Labial inferior

☐ Normal

☐ Anormal

c. Lingual

☐ Normal

☐ Anormal

Obs.....

MASTIGAÇÃO

musculatura mastigatória

☐ hipofunção

☐ hiperfunção

☐ normal

preferência mastigatória

☐ unilateral

☐ bilateral

musculatura facial

☐ simétrica

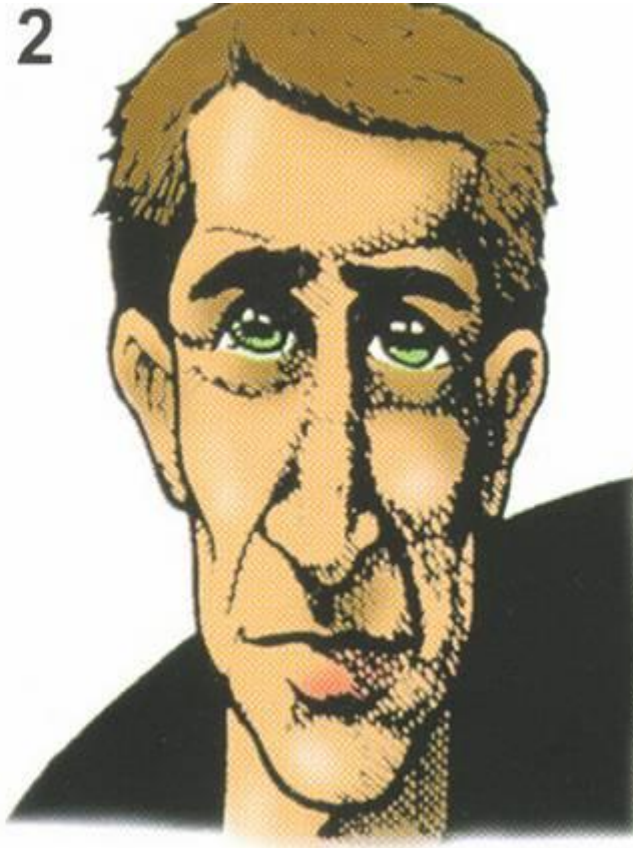
☐ assimétrica

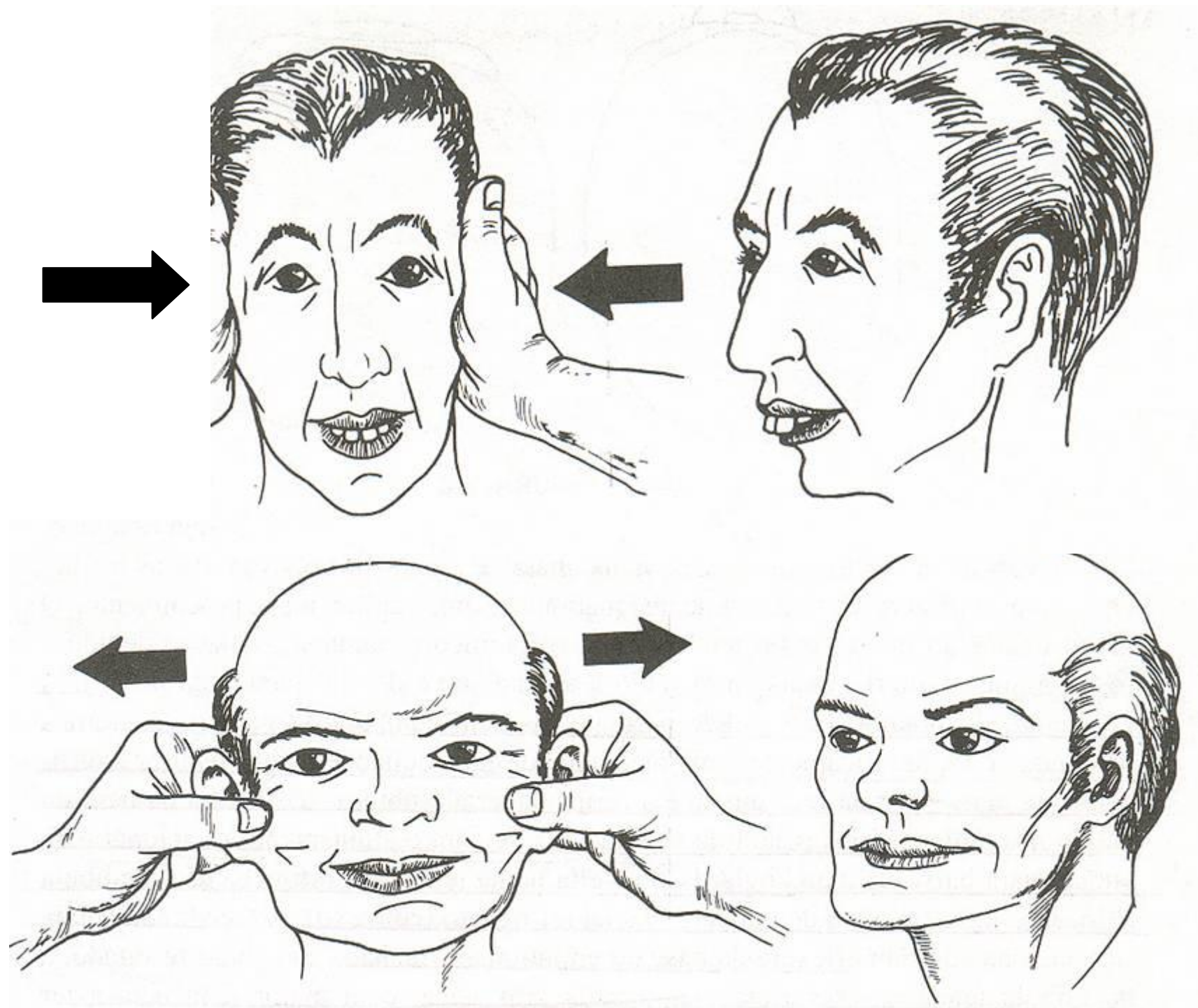
PADRÃO FACIAL

BRAQUI

DOLICO

MESO



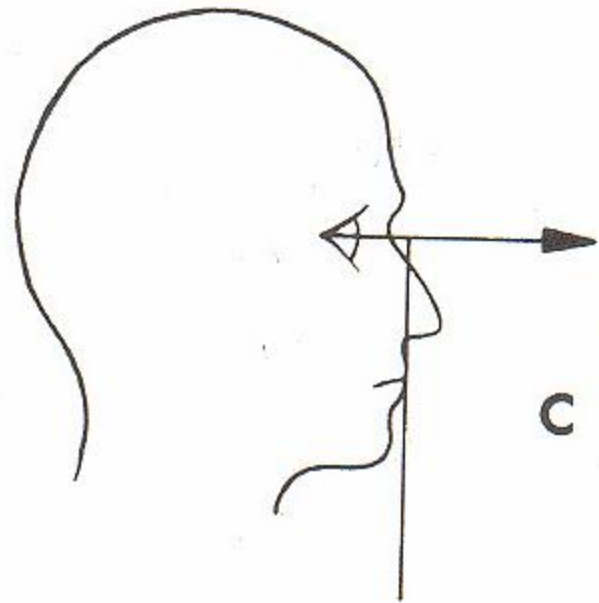
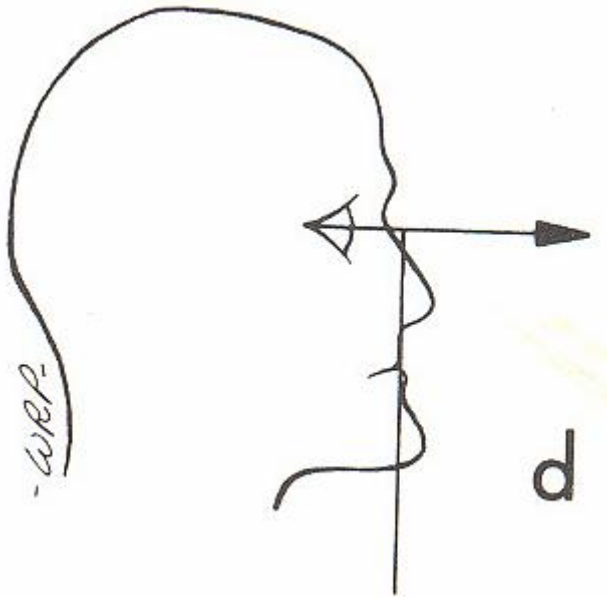
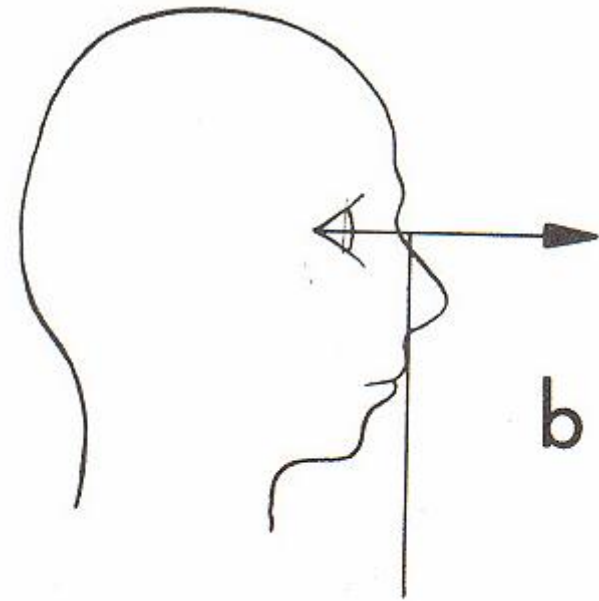
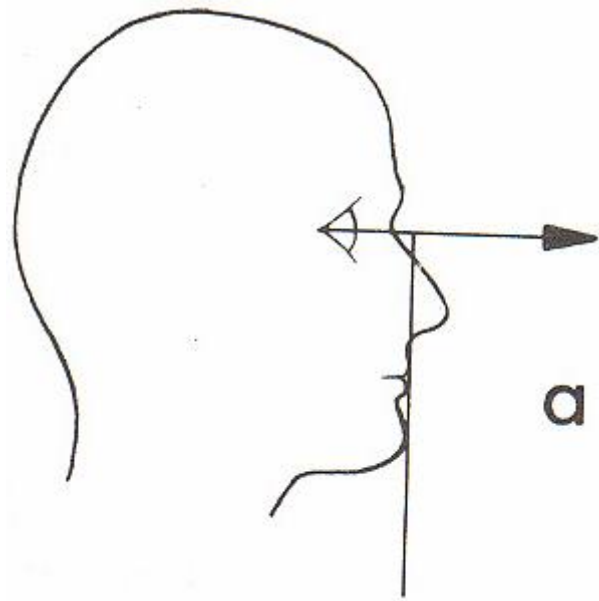


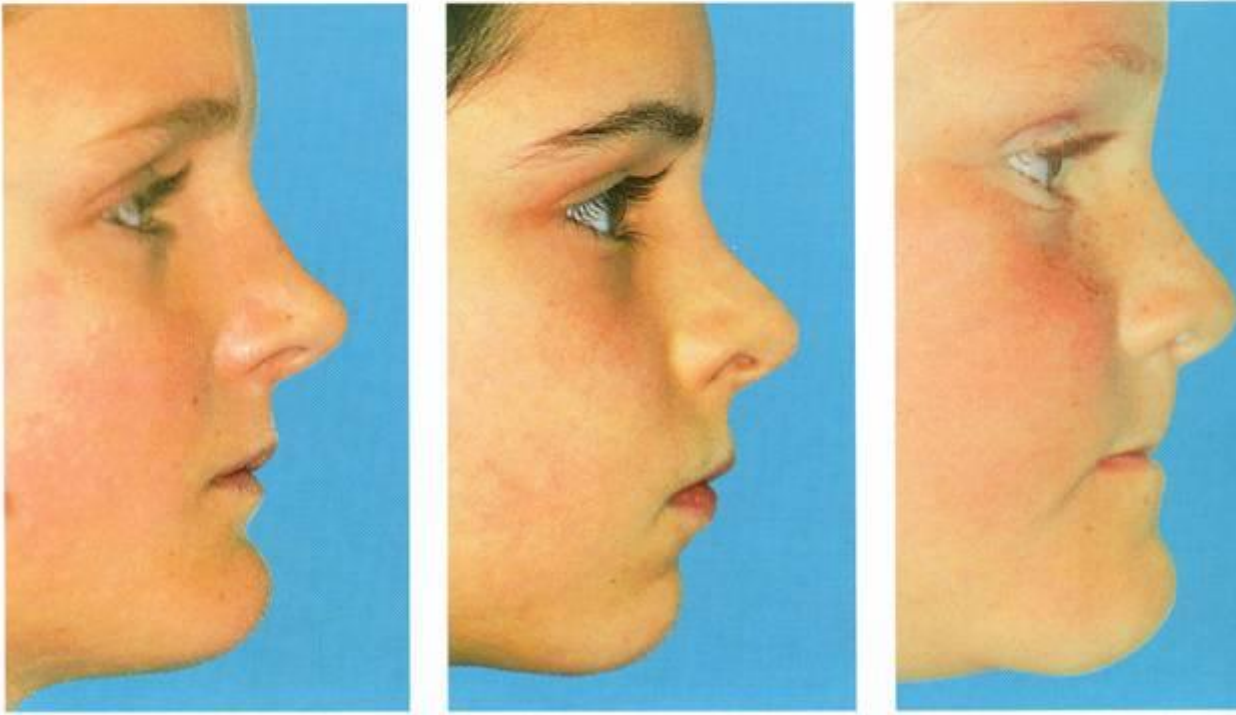
Padrão Facial



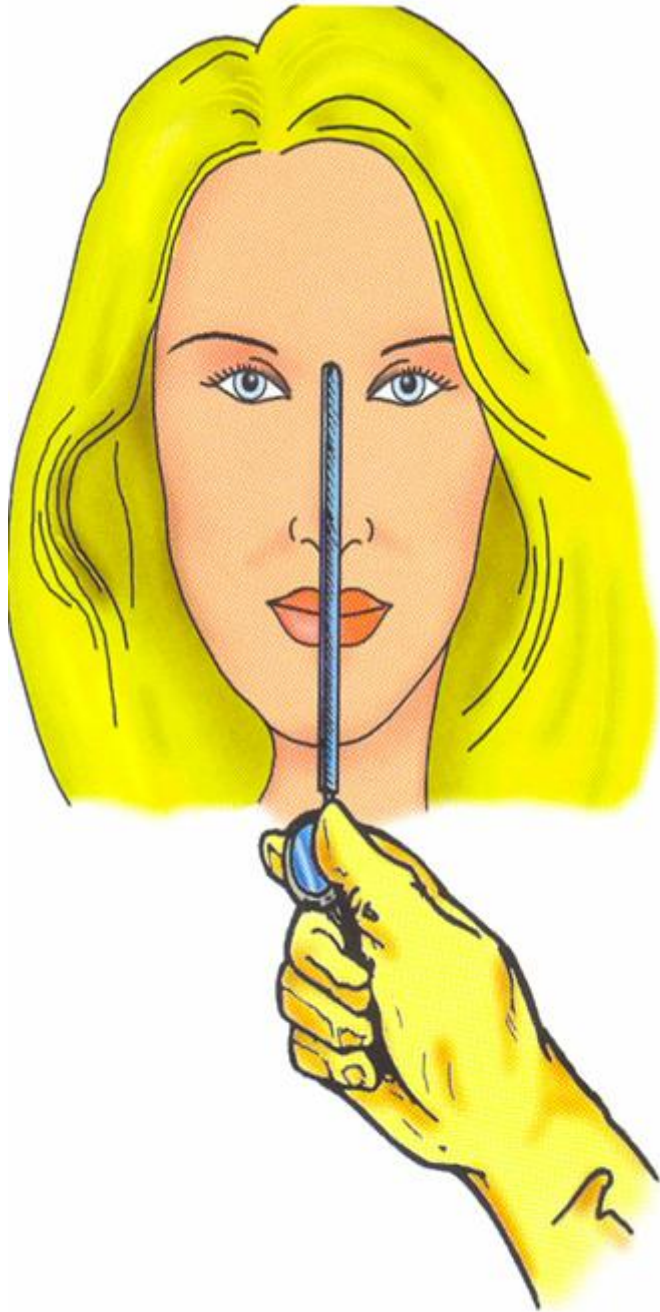


PERFIL

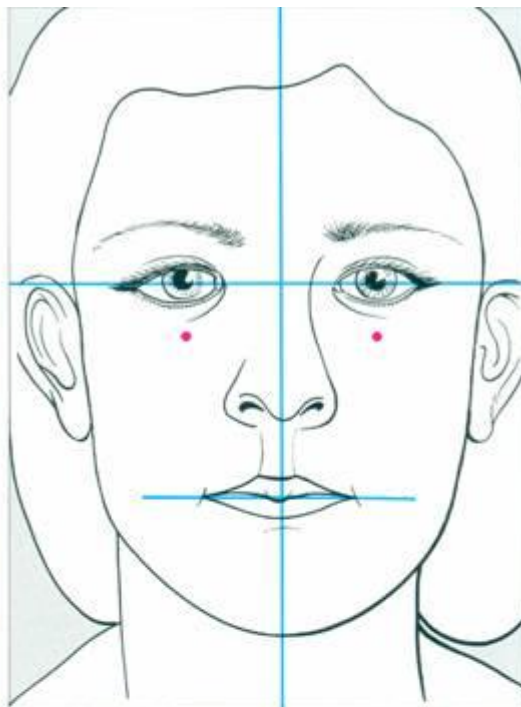




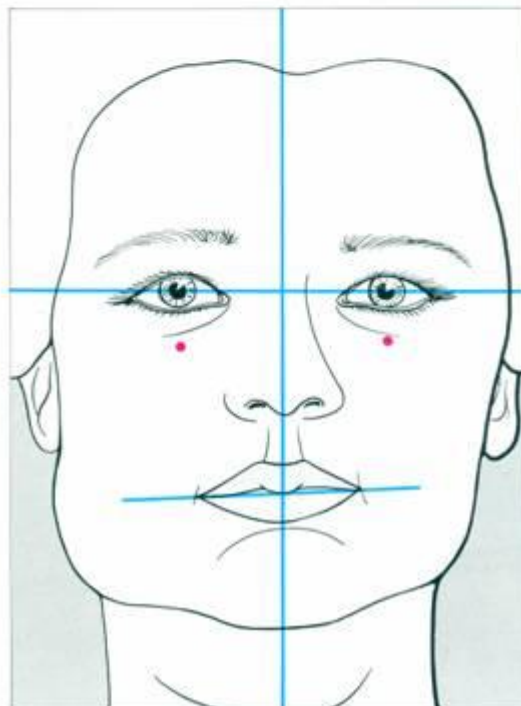
P
E
R
F
E
C
T



SIMETRIA FACIAL



Simétrico



Assimétrico



Musculatura peribucal

